107973

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

EMERGENCY HEALTH SERVICES

(Section 3.09, 2000 Special Report of the Provincial Auditor)

2nd Session, 37th Parliament
50 Elizabeth II

National Library of Canada Cataloguing in Publication Data

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts
Emergency health services (Section 3.09, 2000 Special report of the Provincial Auditor)

Text in English and French with French text on inverted pages.
Title on added t.p.: Services de santé d'urgence (Section 3.09, Rapport spécial du vérificateur provincial pour 2000)
ISBN 0-7794-1696-1

1. Ontario. Ministry of Health and Long-Term Care—Auditing. 2. Ambulance service—Ontario. I. Title. II. Title: Services de santé d'urgence (Section 3.09, Rapport spécial du vérificateur provincial pour 2000)

KEO730.A42 O56 2001 362.18'8'09713 C2001-964008-0E

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

The Honourable Gary Carr, M.P.P.,
Speaker of the Legislative Assembly.

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

John Gerretsen, M.P.P.,
Chair.

Queen's Park
September 2001

STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

MEMBERSHIP LIST

JOHN GERRETSEN
Chair

JOHN CLEARY
Vice-Chair

RAMINDER GILL

SHELLEY MARTEL

JULIA MUNRO

JOHN HASTINGS

BART MAVES

RICHARD PATTEN

Tonia Grannum
Clerk of the Committee

Ray McLellan
Research Officer

CONTENTS

PREAMBLE 1

1. INTRODUCTION 1
1.1 Audit Report Findings 1
1.1.1 Committee's Conclusions and Recommendations 2

2. LAND AMBULANCE PROGRAMME 2
2.1 Local Services Realignment 2
2.1.1 Transition 2
2.1.2 Responsibility for Dispatch 4
2.1.3. Realignment Costs and Funding 6
2.2 Response Times 11
2.2.1 Ambulance Response Times 11
2.2.2. Dispatch Response Times 13
2.2.3 Redirect Consideration and Critical Care Bypass 15
2.3 Dispatch Priority 18
2.4 Performance Monitoring 19
2.4.1 Service Reviews - Ambulance Operator 19
2.4.2 Service Reviews - Central Ambulance Communication Centre and Base Hospital 20
2.4.3 Complaints 21

3. AIR AMBULANCE PROGRAM 22
3.1 Response Times 22
3.2 Outsourcing Air Ambulance Services 23
3.2.1 Air Ambulance Requests for Proposals (2000) 23

4. LIST OF COMMITTEE RECOMMENDATIONS 24

NOTES 27

102-00584/

PREAMBLE

The Provincial Auditor reported on Emergency Health Services in Section 3.09 of the *2000 Special Report on Accountability and Value for Money*. The Standing Committee on Public Accounts held hearings on this audit report on December 14, 2000 and February 21, 2001 with representation from the Ministry of Health and Long-Term Care. This report constitutes the Committee's findings and recommendations on this subject.[1]

The Standing Committee on Public Accounts extends its appreciation to the officials from the Ministry of Health and Long-Term Care for their attendance at these hearings. Furthermore, the Committee acknowledges the assistance provided during the hearings by the Office of the Provincial Auditor, the Clerk of the Committee, and staff of Legislative Research and Information Services.

1. INTRODUCTION[2]

The provision of ambulance services in Ontario is governed by the *Ambulance Act*. In this legislation, the duties and powers of the Minister of Health and Long-Term Care include ensuring the existence throughout Ontario of a balanced and integrated system of ambulance services and communication services used in dispatching ambulances.

Under the Local Services Realignment initiative the province transferred responsibility for funding land ambulances to municipalities, with the province funding 50% of the approved costs of land ambulance services. The deadline for municipalities to assume responsibility for providing land ambulance services was January 1, 2001. At the time of the audit, five municipalities had assumed responsibility for operating their ambulance systems. The Ministry of Health and Long-Term Care (the Ministry) will remain responsible for ensuring that minimum standards are met for all aspects of ambulance services.

1.1 Audit Report Findings[3]

Under the *Ambulance Act*, the duties and powers of the Minister of Health and Long-Term Care include ensuring "the existence throughout Ontario of a balanced and integrated system of ambulance services and communication services used in dispatching ambulances". During the 1999/2000 fiscal year, Emergency Health Services' expenditures, prior to recoveries from municipalities for their portion of ambulance operating costs, were approximately $404 million.

The Provincial Auditor identified the following major concerns in the audit report:

- Land ambulance services were being realigned to municipalities at a time when over 50% of land ambulance operators were not meeting response time requirements, which were based on 1996 actual response times. In addition, these requirements varied widely across the province.

- The Ministry estimated that an additional $40 million annually and $11.6 million in one-time funding were needed to meet established response time requirements.
- The risk of poor response times was increased because, as stated by the Emergency Services Working Group, 36% of the time that hospitals requested redirect consideration and critical care bypass, their emergency departments were not at full capacity.
- The realigned land ambulance system may not provide a balanced and integrated system of services and may be more costly to Ontarians. The Ministry estimated that in the year 2000, an additional $53 million would be needed to maintain the existing level of service, which was already not meeting response time requirements.

The Provincial Auditor made a number of recommendations for improvements to ambulance services and received commitments from the Ministry on corrective actions.

1.1.1 Committee's Conclusions and Recommendations

The Standing Committee on Public Accounts endorsed the Provincial Auditor's recommendations in the 2000 audit report on Emergency Health Services, and recommended their implementation by the Ministry of Health and Long-Term Care. The Committee has prepared additional recommendations in this report, based on its findings during the hearings.

Auditee's Response to the Committee's Report

The Standing Committee on Public Accounts requests that the Ministry of Health and Long-Term Care provide the Clerk with a response to this Committee report within one hundred and twenty days of its tabling with the Speaker, Legislative Assembly of Ontario.

2. LAND AMBULANCE PROGRAMME

2.1 Local Services Realignment

The *Province of Ontario Annual Report 1998/99* stated that "the goal of Local Services Realignment is to improve accountability, reduce waste and duplication, and provide better government services at a lower cost to Ontario taxpayers. Provincial and municipal services are being realigned in order to provide the best possible services at the lowest possible cost."

2.1.1 Transition

The Ministry of Health and Long-Term Care agreed to five fundamental principles for the delivery of land ambulance services; namely, seamlessness, accessibility, accountability, integration, and responsiveness. In 1998, the Land

Ambulance Transition Task Force made recommendations to ensure the continuation and enhancement of a patient-focused ambulance system. Most of the recommendations were accepted by the Ministry and were in varying stages of implementation at the time of the audit.

In early 1999, the Ministry and the Association of Municipalities of Ontario established the Land Ambulance Implementation Steering Committee (LAISC) to facilitate, monitor and evaluate the transfer of services. At the time of the audit, signed agreements with municipalities did not include funding arrangements and the Ministry needed to develop performance measures and reporting requirements to ensure the integrated system.

The Provincial Auditor recommended that the Ministry should ensure that after realignment has been completed, the provincial land ambulance system is seamless, accessible, accountable, integrated, and responsive. In response, the Ministry stated that municipalities sign a Memorandum of Agreement with the Ministry, and the *Ambulance Act* and Regulations establish standards for ambulance operations. Furthermore, it would monitor the transfer of responsibility and assess the impact of realignment in July 2001.

Committee Hearings

The Committee addressed several transition-related matters, which included service quality and delivery standards, funding arrangements, the role of the Land Ambulance Implementation Steering Committee, provincial-municipal contractual arrangements, and monitoring by the Ministry.

In January 1998 each upper-tier municipality became responsible for funding costs associated with the provision of land ambulance service within its area. The legislation required the transfer of service from the province to a designated municipality or delivery agent.[4] The Ministry indicated that through the certification process, the *Ambulance Act* now contains significant assurances of quality ambulance services.[5]

LAISC has worked collaboratively to resolve ambulance transition issues. Ministry consultations are ongoing with municipal representatives through LAISC and directly with municipalities. The province has approved a funding template for cost-sharing land ambulance services on a 50-50 basis, and a subcommittee of LAISC has been formed to review all standards related to ambulance services, including such matters as response times.[6]

On assuming responsibility for land ambulance services, upper-tier municipalities sign a memorandum of agreement with the Ministry. All municipalities have assumed responsibility, and have been certified on service standards.[7] The Ministry will monitor the transfer of responsibility through operational reviews, inspections, investigations, and the central ambulance communications centres.[8]

The Ministry of Health and Long-Term Care indicated that preliminary discussions with field office staff on the monitoring of land ambulance

realignment would occur by December 2000, with a database being developed in 2001 to link to the operational review database. The field office contact report format and database, which has been under development in 2001, is to be tied into the operational review database.[9] The Ministry indicated that it would monitor the transfer of responsibility and it is committed to assess the impact of realignment in July 2001 through the field offices and corrective measures are to be undertaken in co-operation with each municipality.[10]

Committee Recommendations

The Provincial Auditor noted that studies and reports have identified concerns that the realigned process may not provide a balanced and integrated system of services, and that it could result in increased costs. The Committee acknowledged that steps have been taken to ensure a successful transition, through service and delivery standards, funding, contractual arrangements, and monitoring. However, it questioned whether municipalities would be able to maintain continuous ambulance service following January 2001 and the extent to which benefits would accrue over the short term, following the divestment of land ambulance services to municipalities.[11]

The Committee has concluded that following the transition period, the challenge will be to maintain an integrated and responsive system. In conjunction with the planned assessment of the impact of realignment due in July 2001, and ongoing monitoring, an action plan will be required to provide corrective measures.

The Committee therefore recommends that:

1. **The Ministry of Health and Long-Term Care's assessment of the realignment of land ambulance services should include such matters as the maintenance of standards, the financial impact for municipalities and the province, and a determination whether this initiative is providing seamless, accessible, accountable, integrated and responsive services. The Committee should be provided with a copy of this assessment.**
2. **In conjunction with the impact assessment (July 2001), outstanding matters should be addressed by the Ministry of Health and Long-Term Care, and timelines for corrective measures and resource requirements should be established.**

2.1.2 Responsibility for Dispatch

The Ministry is responsible for the full cost of operating the 19 central ambulance communication centres (CACCs) in Ontario, which co-ordinate and direct the movement of all land ambulances. As part of the realignment, municipalities providing ambulance services outside their own boundaries can bill other municipalities for these services.

The LAISC dispatch subcommittee considered options for governance, management and control of land ambulance dispatch services, including the possible transfer to municipal management. In December 1999, the subcommittee

agreed on several principles related to, for example, equipment availability for emergency calls, a municipality's right to manage dispatch if it wishes, and municipal control of dispatch protocols. However, the principle of an accessible, integrated, accountable and responsive system must be upheld. The Ontario Hospital Association has maintained that ambulance dispatch services should remain a provincial responsibility to ensure that ambulance services are co-ordinated and seamless.

The Provincial Auditor recommended that the Ministry and municipalities should work to ensure that municipal boundaries do not impair the delivery of ambulance services to patients or add significantly to costs. The Ministry indicated that through field offices and CACCs, it is now working with municipalities to address boundary issues, and seamless ambulance service.

Committee Hearings

The Ministry has worked with municipalities as they assume responsibility for land ambulance services, and it is addressing boundary issues through the field offices. Furthermore, CACC advisory committees have been established to work with municipalities, to monitor service delivery near and across municipal boundaries, ensuring seamless service delivery.[12] Operational reviews will be conducted on a regular basis on the dispatch centres. Seven operational reviews by ambulance personnel have been planned for dispatch centres in 2001 to assess compliance with performance agreements and the level of dispatch services. Also, special inspectors will conduct random inspections of the dispatch centres, and the land and air ambulance services.[13]

The Committee enquired about provincial assistance to offset costs associated with reciprocal dispatching provisions between neighbouring communities. Additional resources for dispatch centres may be required to cover training and technical staff. The Ministry confirmed that it is committed to providing additional resources for dispatching.[14]

Committee Recommendation

The delivery of seamless ambulance services is an overarching priority and municipal boundaries must not interfere with the delivery of services and/or contribute to costs. The Ministry has committed to resolve the boundary issues with municipalities through a managed approach, providing additional resources for dispatching.

Standardized response dispatch practices and procedures would help to ensure the economical and uniform delivery of services, across municipal boundaries.

The Committee therefore recommends that:

3. **The Ministry of Health and Long-Term Care should establish provincial standards governing dispatch practices and procedures to ensure seamless land ambulance services within and between municipalities. Furthermore, provincial standards should be established governing the implementation of these procedures and an Emergency Health Services cost-sharing formula should be developed for cases involving two or more municipalities.**

2.1.3. Realignment Costs and Funding

The Ministry estimated that realignment costs associated with moving land ambulance services to the municipalities will increase the total annual expenditure by approximately $12 million in 1999 and an additional $53 million in 2000, through alterations to the funding template. These figures do not include the costs associated with municipal administration or increased and paramedic wage rates, and inter-municipal billing for services. In addition, transferring the responsibility for land ambulance services to municipalities has resulted in one-time transition costs.

Although the province announced in March 1999 that it will fund 50% of the approved costs of land ambulance services effective January 1, 1999, at the time of the audit, the approved costs had not been defined. Until they are defined, the ability of the Ministry and municipalities to budget for future program costs is limited.

The Provincial Auditor recommended that the Ministry should ensure that funding provided to municipalities is reasonable and equitable which would require an assessment of relative need. The Ministry and LAISC have established a subcommittee to review and make recommendations on standards and costs. The Ministry has defined the basis for determining which municipal costs will qualify for provincial funding.

Committee Hearings

As of December 2000, 18 upper-tier municipalities had assumed responsibility for ensuring the provision of land ambulance services in their respective communities. An additional 32 municipalities assumed responsibility by the legislated deadline of January 1, 2001.[15] Contracts have been signed with all of the upper-tier municipalities, with the designation of delivery agent. The contracts in the land ambulance system cover 22 private operators, 22 hospitals, 25 directly operated municipal services, two boards, and seven volunteer services.[16]

In the course of the hearings, the Committee considered various aspects of the financial implications of realignment, which have been addressed in this section of the report. These include the Ministry's funding template, the annual budget

process and special funding provisions, response standards and related costs, and expenditures incurred in the divestment process.

Provincial Funding Template

In January 1999, approximately 60% of the operators were not meeting the 1996 response time standards. Negotiations with municipalities resulted in a list of approved expenditures that were incorporated into the Ministry's Land Ambulance Approved Cost Funding Template.[17] The template sets out approved land ambulance costs for the purpose of provincial cost-sharing, based on actual response times prior to divestment. However, it does not take into account the additional costs required to meet the 1996 response time standards. In some instances, municipalities have indicated that they that would be prepared to provide the necessary funding to improve response times.[18]

The template provides for the sharing of the approved cost of land ambulance services with municipalities on a 50-50 ratio beginning January 1, 1999, including additional costs incurred by municipalities for such items as the fuel, insurance, liability and taxes.[19] The Ministry's funding template was distributed to all municipalities in October 2000. The Ministry confirmed that it is committed to funding 50% of the costs to meet mutually agreed-upon standards, but that it has to complete its review to determine the actual costs.[20] The main expenditure items covered in the template are:

- vehicle purchases and operation, including maintenance and repair;
- patient care equipment and supply purchases, repair and maintenance;
- paramedic staffing (the same type and hours of paramedic staff in place at the time of assumption) and paramedic training;
- administrative costs and severance costs, taxes and insurance;
- new experience rating assessments;
- ambulance stations;
- inter-facility transfers;
- base hospital costs; and
- first response teams.[21]

In addition, the funding template covers certain administrative costs up to 10% of total expenditures, which are currently being determined with municipalities.[22] Agreement was not reached on wages and other matters such as carrying costs on buildings.[23]

Annual Budget and Special Funding

At the time of the hearings municipalities were preparing budget submissions based on the approved costs template for the current fiscal year.[24] The Emergency Health Services' head office will review all submissions prior to final

approval to ensure the consistent application of the template. A commitment had not been made to those costs associated with achieving response time standards.

The Ministry provided the following interim breakdown on the 2000/2001 expenditures for Emergency Health Services as supplementary information in April 2001:

> The $404M referred to represents the total budget for a complete fiscal year. In addition to land ambulance funding this amount includes air ambulance, dispatch, head office, and base hospitals, the cost of systems support, vehicles and related equipment and other costs.
>
> The $280M referred to [at the hearings] is for the land ambulance operations only; accordingly it represents a subset of the total branch budget.
>
> The $30M referred to is the additional cost (provincial 50% share) associated with implementing the Government approved cost sharing agreement (the funding template). The $30M is for higher costs for administration, vehicles and related equipment, insurance, facilities cost and other costs, which the municipal sector is incurring to manage land ambulance operations in their respective areas. This additional cost is not for response time improvements or other service enhancements.

The $280 million is the current budget figure for land ambulance services and it does not account for future costs related to the realignment process.

Consideration for funding would be given to special circumstances, provided that the municipality is able to make a business case. The Ministry indicated that it has not determined the terms for such considerations, but that they would be based on unique circumstances:[25]

> The one commitment that we [the Ministry] did make to all of the municipalities, however, was that we wouldn't do one-offs [one-time funding] in terms of giving something to somebody that we wouldn't give to somebody else. I think what will happen is that we will be discussing all of the special circumstances with all of the committee when they come up. They would be anything unusual that's sort of out of the normal course of things [e.g., fire damage to an ambulance fleet and station].[26]

Response Standards and Costs

According to the Ministry, the template for base current costs has been addressed and now it is engaged in discussions on response time standards.[27] At issue is whether all municipalities will be able to manage their financial responsibilities following the realignment process.[28]

A Ministry consulting report confirmed that transferring land ambulance services to municipalities would add an additional $53 million in 2000 to the annual cost of providing existing service levels. The additional cost to bring municipalities up to 1996 standards was estimated by the Ministry to be $40 million annually in operating expenditures and $11.6 million in one-time funding.

The Ministry, in partnership with LAISC, established a subcommittee to review and make recommendations on standards and costs. The subcommittee has finalized its report on costs; however, the final format of the funding formula is pending municipal consultations and input from the provincial government.[29]

Divestment Costs

The divestment process includes extraordinary costs incurred and general cost increases. The Committee enquired about divestment costs paid to operators, and the costs related to severance and lease-breaking.[30]

The severance costs are available, but some of the leases have not been finalised, and the divestment and compensation costs are outstanding.[31] The Ministry provided the Committee with the attached supplementary information on the divestment process, which includes the costs paid to operators, and expenditures related to severance claims and lease-breaking:

- private ambulance operators received one-time compensation payments of $24.9 million for the loss of their business relationship with the province during the 1999/2000 fiscal year;
- most severance claims for 1999/2000 and 2000/2001 have been received, audited and paid. The total is $33.1 million;
- lease cancellations are being negotiated successfully and several settlements have been reached out-of-court, resulting in costs well below the original forecast. The Ministry is continuing to negotiate the lease cancellations and the partial list of these cancellations is expected to be $1.2 million at the end of 2000/2001. Cancellations will continue thereafter until all are completed.

The Ministry confirmed that the realignment costs include the pre-divestment costs and the one-time cost of assuming the service.[32] The municipalities will receive current costs, for example, vehicles as provided in the template, and special municipal costs are to be submitted to the Ministry for review.[33] The final determination of what costs will be borne by municipalities and the province is outstanding.

Committee Recommendation

The Committee enquired about the financial impact of realignment on municipalities in assuming responsibility for ambulance services. The Ministry's funding template, response standards, special funding, and divestment costs were considered in this equation. The Provincial Auditor pointed out the need to assess relative needs and to ensure equitable funding across the province for these services, thereby defining the costs that qualify for provincial funding. As noted, a final determination of costs to be borne by municipalities is outstanding.

The Committee asked for clarification in June 2001 on several matters related to the financing of the realignment process, and shared funding, and the unresolved issue of response time standards.[34] This request addressed the following matters:

- current estimated cost for municipalities to achieve the 1996 response time standards;
- current and planned provincial/municipal breakdown on the cost sharing arrangement;
- municipal costs incurred where the provincial share is less than 50%;
- any new provincial response time standards agreed to, and the cost-sharing arrangement to achieve these standards;
- actual response times achieved in 2000 and comparisons to the 1996 response time standards; and
- any benchmarks in other jurisdictions for response time standards, with relevant financial information regarding these jurisdictions.

The Ministry's response indicated that many of the above matters were still under negotiation with municipalities. The Committee has therefore concluded that an assessment of the overall realignment costs is required, to clarify the financial impact of realignment. This assessment is needed to ensure that provincial funding to municipalities is reasonable and equitable, taking into account divestment costs, extraordinary municipal costs, general cost increases and related risks.[35] Also, the findings of the LAISC subcommittee on standards and costs for ambulance services must be be taken into account in this assessment.[36]

The Committee therefore recommends that:

4. **The Ministry of Health and Long-Term Care should determine the immediate and long-term municipal costs associated with providing Emergency Health Services, and undertake to ensure that provincial funding is reasonable and equitable. The Ministry's calculations on overall costs and provincial funding should be submitted to the Clerk, Standing Committee on Public Accounts by September 1, 2001.**

2.2 Response Times

2.2.1 Ambulance Response Times

At the time of the audit, regulations under the *Ambulance Act* prescribed land ambulance response times for code 4 emergency calls, based on actual response times achieved in 1996. Response times for other types of calls were not covered by regulations under the Act. The Auditor found that there were wide ranges in code 4 response time requirements throughout the province. As well, there were inconsistent requirements within municipalities where there was more than one operator.

The May 2000 regulations do not specify response time requirements for ambulance operators. However, operators must meet the criteria set out in the Ministry's Land Ambulance Certification Standards, which currently require operators to meet requirements based on 1996 response times.

The Provincial Auditor recommended that ambulance response times for emergencies should meet the needs of patients throughout the province. The Ministry responded that, in conjunction with municipalities, it will review standards including response times, and make recommendations if changes are required. To assist municipalities in determining whether response time requirements are being met, the Ministry has conducted a comprehensive review of response times and is now providing municipalities with access to statistical data.

Committee Hearings

Response Standards Review

The Ministry explained that the *Ambulance Act* establishes operational standards in such areas as patient care, vehicles, equipment, and certification.[37] The current response time is not to be of a longer duration than the 90th percentile response time standard for priority 4 emergency calls set by the operator who provided land ambulance and emergency response service in the area in 1996.[38] The Committee noted that 1996 response standards have not always been met and that the province has not set a new response time standard for provincial land ambulances in the *Ambulance Act*.[39] At issue is the need to establish an acceptable standard and determine how municipalities will achieve the standard.

The Committee questioned the Ministry about standards and response times, and the fact that some municipalities are not able to meet current response times. The Ministry requires that municipalities develop efficiencies, setting methods of operating and introducing innovations.[40] Currently service and response times in similar jurisdictions are uneven across the province[41].

LAISC Standards Subcommittee

The Ministry and municipalities have agreed to jointly review current standards through a LAISC subcommittee.[42] The Ministry confirmed that the municipalities

had asked it to consider developing evidence-based standards for ambulance response times as part of the subcommittee's review.[43]

The subcommittee's mandate is as follows:[44]

> [the LAISC] standards subcommittee will be and has been reviewing standards for ambulance services across the province . . . not individual standards for individual operators; they don't exist. It's a standard for ambulance services throughout the province. Any change that is anticipated with a municipality . . . would go through that standards committee. But in order for a standard to be changed, it would require the approval of a standards committee of which the Ministry is a part, and our municipal representatives . . . [45].

Each municipality will be required to put forward a plan of how it is prepared to meet response time standards.[46] Among the issues to be addressed are conflicting opinions on how standards should be determined for rural and urban areas; appropriateness of standards; and the costs involved in achieving new timeframes.[47]

The Ministry provided 1999 response time levels for upper tier municipalities and districts.[48] A comprehensive review on standards was completed and the results were shared with municipalities in 2000, and it is anticipated that there will be projections of municipal response time plans by mid-year 2001.[49] The response time standards are to be incorporated in individual performance agreements, based on established provincial standards.[50] At the time of the hearings the Ministry was reviewing municipal plans for meeting response times and deciding on whether the 1996 standard will be the standard.[51]

The Ministry indicated that it intends to meet and then to exceed the 1996 standards, working in partnership with municipalities.[52] It was confirmed that some municipalities with contracts have voluntarily exceeded the 1996 response times.[53] The Ministry explained that changes could be made to improve response times, but there are delays, for example, extra vehicles would have to be manufactured, and training and hiring of additional paramedics would be required. In conclusion, the Ministry indicated that it could take approximately 18 to 24 months to meet response times.[54]

Committee Recommendations

LAISC's Standards Subcommittee

The LAISC subcommittee initiated a review of standards, including the response time standard in the fall of 2000. The Ministry and municipalities have agreed to jointly review standards and in turn each municipality will prepare a plan for

achieving response times. It is anticipated that the review of response times would be completed in the spring of 2001.[55]

The Committee therefore recommends that:

5. **The Ministry of Health and Long-Term Care should report to the Standing Committee on Public Accounts on its deliberations on municipal response time standards by September 1, 2001, following its consideration of LAISC's subcommittee report on the delivery of land ambulance services. This Ministry report should provide a summary of municipal plans for achieving standards, accompanied by a comprehensive account of shared costs.**

Ministry Monitoring Function

The Auditor recommended that the Ministry should take corrective action where response time standards are not met. Currently, the Ministry is monitoring and analysing response times of upper-tier municipalities and designated areas to measure how well response standards are being met.[56]

The Committee therefore recommends that:

6. **The Ministry of Health and Long-Term Care should ensure compliance with municipal response time standards for all jurisdictions throughout the province. The results of the monitoring should be evaluated and reported on a regular basis, thereby ensuring public disclosure, and providing transparency and accountability. Corrective action should be taken immediately in cases of non-compliance.**

2.2.2. Dispatch Response Times

Dispatch call-taker and dispatcher response times for code 4 calls were established in regulations under the *Ambulance Act*. Although the Ministry was aware that the dispatch response time requirements were generally not being met, the Auditor saw minimal evidence of corrective action being taken. Effective May 1, 2000, new regulations under the *Ambulance Act* no longer specify response time requirements for dispatch.

The Provincial Auditor recommended that steps should be taken by the Ministry to better meet the needs of patients, by establishing/monitoring dispatch response times and taking corrective action. In response, the Ministry indicated that dispatch standards are to be incorporated in each performance agreement between a dispatch centre and the Ministry. Adherence will be monitored and corrective action taken. Also, a review of the Priority Card Index is ongoing and a new computer-aided dispatch system will be implemented over the next four years.

Committee Hearings

The Ministry indicated that new resources, including training and technical staff, are planned for each dispatch centre to assist with standards and a new computer-

aided dispatch system will be implemented over the next few years. Central ambulance communications centre reviews, with field offices monitoring performance and reporting findings, will commence early in 2001.[57] A decision has not been made on changing dispatch governance; therefore, the Ministry is still responsible for the dispatch system.[58]

The Committee enquired about a single standard for ambulance dispatch response times across the province.[59] The Ministry explained that the province decided that standards would be addressed within performance agreements, which are signed by dispatch centres, and consistent for all dispatch centres.[60] There is to be a single standard incorporated in each performance agreement planned for implementation early in 2001.[61]

New Dispatch Protocol (2001)

In March 2001, following the Committee's hearings, the Ministry announced a new dispatch protocol as part of its new Patient Priority System. It is comprised of the following steps:

- the person in distress calls the ambulance dispatch centre;
- an ambulance dispatcher sends an ambulance;
- a paramedic radios in the Canadian Triage Acuity System[62] (CTAS) level;
- an ambulance dispatcher reviews the CritiCall screen and sends an ambulance to the CTAS level 1/nearest hospital, or CTAS level 2-5/nearest appropriate hospital; and
- an ambulance dispatcher advises the hospital emergency room that a CTAS level (1-5) will arrive at an estimated time.

Committee Recommendation

The Committee acknowledged that the Ministry is taking several initiatives to address dispatch response times, through the dispatch centre performance agreements, the review of the Priority Card Index, a new computer-aided dispatch system, and recently the Patient Priority System. The Ministry's initiatives indicate a commitment to resolve this problem; however, the implementation and practical integration will have to be evaluated. Such a review could be integrated with the CACC reviews, to commence in early in 2001.

The Committee therefore recommends that:

7. **The Ministry of Health and Long-Term Care should conduct a review of dispatch protocol initiatives to determine their level of success and take any corrective action required.**

2.2.3 Redirect Consideration and Critical Care Bypass

In municipalities with more than one hospital emergency department, a hospital may instruct CACCs to redirect non-critical patients (Redirect Consideration/RDC) or notify the CACC that it is unsafe for the hospital to accept any new ambulance patients (Critical Care Bypass/CCB). The Provincial Auditor was informed by the Ministry that it had not analysed the impact of RDC and CCB. In 1998 the Emergency Services Working Group reported that hospitals were requesting redirect consideration and critical care bypass at different occupancy levels and for different reasons and that there were no standard, monitored criteria.

The Provincial Auditor recommended that the Ministry should analyse the impact of redirect consideration and critical care bypass on ambulance services, including response times for subsequent patients, and, where necessary, take appropriate corrective action. The Ministry indicated that it had addressed the impact upon the Toronto Ambulance Service through a ten-point plan implemented in 1999 and that components of the plan were being considered for implementation in other areas of the province where RDC and CCB are extensively utilized. A new working group was set up by the Ministry to review RDC and CCB, including the impact on ambulance services.

Committee Hearings

10 Point Emergency Services Plan (1999)

The Ministry developed the follow-up emergency services strategy, which included a review of RDC/CCB, introduced in 1989, to determine if it was serving its original purpose of dealing with extraordinary events (e.g., hospital internal disaster). The Ministry acknowledged that over time and with increased use, RDC/CCB lost its value as a means of quick communication between the ambulance dispatcher and the hospital emergency department.[63]

In 1999 the Ministry introduced its 10 Point Emergency Services Plan, which provided additional resources to the system.[64] The Ministry explained the following features of the plan:[6566]

- flex beds provided in Toronto and the greater Toronto area (flex beds are available for a four-month period during the year, subject to demand);
- additional beds in Toronto and the GTA, and flex beds across the province;[67]
- additional discharge planners to expedite the process;
- four regional network co-ordinators working with service providers to solve local problems ;[68]
- a provincial emergency services co-ordinator for the management of province-wide issues;
- additional interim long-term-care bed complement for Toronto to release acute care space;[69] and

- additional assistance on a pilot project basis to test dedicated ambulances for critical care transport between facilities and additional support in the ambulance dispatch centre to negotiate the service levels with hospitals.[70]

The Committee enquired about the impact of the Ministry's 10 point plan, and suggested that hospitals in the GTA have increasingly used RDC/CCB based on the findings of the Ontario Hospital Association's 2000 report, *A Matter of Hospital Resources: An Emergency Care Action Plan.*[71]

Patient Priority System Initiative (2001)

During the hearings the Committee requested clarification on the timelines for the implementation of changes recommended from the consultations by the RDC and CCB Working Group. In March 2001, following the hearings, the Ministry of Health and Long-Term Care announced the introduction of the Patient Priority System, to provide a new communications system between ambulances and hospitals.

In April 2001, the Ministry provided the Committee with the following supplementary information on this system:

> On March 19, 2001, the Minister of Health and Long-Term Care announced the new Patient Priority System (PPS) which will help ensure that every patient goes to the nearest and most appropriate hospital. The Minister accepted the recommendations of emergency services experts to implement a new communications system between ambulances and hospitals.
>
> The PPS will standardize communication among ambulances, dispatch, and hospital emergency departments. Using the Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), paramedics, ambulance dispatch and hospital emergency department personnel will now use the same language to describe the needs of emergency patients. The CTAS is already in use within Ontario emergency rooms. The RDC/CCB system will be phased out as paramedics and dispatch staff are trained in the new system.
>
> Paramedic training in the new PPS system will start immediately in the Greater Toronto area, Simcoe County, and Hamilton with other communities to follow through the spring and summer, 2001. Every paramedic in Ontario will be trained in PPS by mid-September [2001].

A Ministry *Press Release*, entitled "New system recommended for ambulances and hospitals", contained a *Backgrounder* on the Patient Priority System, that listed the benefits of this system:

> Redirect Consideration and Critical Care Bypass will be eliminated. Using Canadian Triage and Acuity Scale (CTAS), critically ill patients will always go to the nearest, most appropriate hospital;

improved tracking of ambulances using CritiCall screens will promote better distribution of ambulances across the system;

more exact information (i.e. CTAS) about patient needs will be shared by pre-hospital and hospital staff to improve decision-making about what level of care is needed;

streamlined communication between paramedics, ambulance dispatch and emergency departments as all will be using CTAS;
better use of resources in emergency departments as information on their specific pressures is shared; and

patients travelling by ambulance will be taken to the best place to treat them. For example, using CTAS, if you are critically ill, you will be taken to the nearest hospital. However, if you have broken your leg, you would be taken to the nearest hospital with an orthopaedic unit.[72]

Committee Recommendation

The Committee considered the impact of hospital restructuring on emergency departments in the GTA, the capacity issue, and the number of hours that hospitals in the GTA have been on RDC/CCB.[73] The Ministry indicated that the overall capacity in the system has been increased to accommodate the demand, although it acknowledged that confusion resulted during the transition period with the introduction of new services and the rationalisation process.[74] The Ministry confirmed that these problems would be addressed.[75]

In addition to the Patient Priority System, the Committee noted other Ministry initiatives such as the commitment of an additional 4,500 new long-term-care beds by December 2001.[76] The time lag over the delivery of these beds and emergency department expansions, was acknowledged by the Ministry.[77]

The Ministry responded to the Provincial Auditor's recommendation to analyse the impact of redirect consideration and critical care bypass on ambulance services, including response times for subsequent patients, with the introduction of the Patient Priority System. The Committee is of the opinion that this system requires a comprehensive review to determine whether it has adequately resolved the problems experienced with Redirect Consideration and Critical Care Bypass.

The Committee therefore recommends that:

8. **The Ministry of Health and Long-Term Care should complete a report on emergency room activity which includes, but is not limited to, the following:**

- **a review of the Patient Priority System at the end of the initial year of operation to determine whether the problems experienced under the Redirect Consideration and Critical Care Bypass model have been resolved; and**
- **a report on the status of Redirect Consideration/Critical Care Bypass usage during 1999/2000 and 2000/2001 on or before December 1, 2001.**

The report should also ensure full public disclosure of this information, thereby providing transparency and accountability.

2.3 Dispatch Priority

An effective dispatch protocol enables call takers and dispatchers to rapidly identify patient problems, assign priority codes, select an ambulance to respond and provide instructions to callers. When a call is received at a CACC, the call taker uses a dispatch protocol (Dispatch Priority Card Index) to obtain critical information needed to assess patient priority. To improve the effectiveness, efficiency, and outcome accuracy of this index, the Ministry established a working group in 2000.

The Provincial Auditor recommended that the Ministry should ensure that central ambulance communication centres appropriately assess and prioritize each patient's needs. The Ministry responded that the new dispatch training co-ordinators will assist with the prioritization of calls. Also, a technical group is reviewing the Dispatch Priority Index Standard and a new computer-aided dispatch system will be implemented over the next four years.

Committee Hearings

The Committee considered the Auditor's observations in this section in conjunction with a previous section entitled Dispatch Response Times. The Ministry's initiatives have addressed these related subject areas.

The Ministry has undertaken initiatives with new dispatch training co-ordinators, a review of the Dispatch Priority Index Standard by the technical working group, and long-term plans for a new computer-aided dispatch system.[78] At issue is the nature of the communication between the ambulance service and the dispatch centres, and the emergency department. The objective is to provide an accurate picture of activity in the emergency departments and throughout the system in setting dispatch priorities.[79]

Effective dispatch protocol is dependent upon the technical group's review of the Dispatch Priority Index Standard and the new computer-aided dispatch system. Additional dispatch training co-ordinators are to assist with the refinement in call priorities and the Patient Priority System was being finalized at the time of the hearings.

Committee Recommendation

The Provincial Auditor noted the importance of ensuring that CACCs appropriately assess and prioritize patient needs. The Committee concluded that the Ministry's initiatives to increase the staff complement of dispatch training co-ordinators, the review of the Dispatch Priority Index Standard, and introduce a computer-aided dispatch are substantial.

The Committee has concluded that the Ministry's initiatives require review to determine whether central ambulance communication centres are effectively managing dispatch protocol.

The Committee therefore recommends that:

9. **The Ministry of Health and Long-Term Care should assess whether central ambulance communication centres properly assess and prioritize patients' needs. These reviews should be conducted after the Ministry's initiatives have been operational for one year.**

2.4 Performance Monitoring

2.4.1 Service Reviews - Ambulance Operator

In 1993, the Ministry initiated a process for reviewing operational and administrative activities of ambulance operators. Approximately 60% of the Ministry's follow-up visits that were reviewed by the Auditor's office did not ensure that all previously identified problems were corrected.

Ministry policy states that, if noted deficiencies cannot be satisfactorily resolved, the Ministry's investigations unit may be called, and punitive action may follow. However, there were no criteria identifying when an operator should be referred to the investigations unit or when an operator's licence should be revoked. Effective May 1, 2000, regulations under the *Ambulance Act* require that all ambulance operators be certified at least once every three years. The certification process replaces the service review and licensing process.

The Provincial Auditor recommended that the Ministry should ensure that ambulance operators meet Ministry requirements by, for example, conducting certification reviews without advance notice, having co-ordinated follow-ups of all deficiencies, and clarifying the timing of a formal investigation and revocation of a certificate.

The Ministry responded that it is institutionalising an inspection process based upon random inspections without notice and that deficiencies will be addressed. In cases where there is substantial evidence that requirements are not being met, a formal investigation will be conducted and certificates will be revoked where a contravention of the *Ambulance Act* standards has occurred.

Committee Hearings

The Ministry explained that ambulance services are licensed and that delivery has been consistent in the private sector and hospital-based ambulance services. Licensed operators have standardized ambulances and equipment, and provincial funding has been provided for the management and care of ambulance services.[80]

Operator Inspections and Certification

The certification process is to be completed for all new operators by June 1, 2001, and ongoing operator reviews are scheduled to ensure that each station and service will be reviewed by December 31, 2002. The Ministry is introducing an inspection program based on random inspections without the notification of operators.[81]

Follow-up visits are conducted for each applicant where a breach of one or more certification criteria is found and the failure to meet these criteria will result in an applicant or operator being denied certification to operate a service.[82] A database has been developed.[83]

Committee Recommendation

The Ministry has undertaken to ensure that ambulance operators comply with Ministry requirements, such as certification reviews. The Committee has concluded that the standardized service reviews, using a prescribed review format, will help to ensure compliance with operator standards and that in cases of non-compliance, corrective measures will be taken.

The Committee therefore recommends that:

10. The Ministry of Health and Long-Term Care should monitor the operational and administrative performance of ambulance operators on a regular basis, incorporating service reviews. The monitoring process should include the documentation of cases of non-compliance, and the identification of follow-up procedures to rectify problems.

2.4.2 Service Reviews - Central Ambulance Communication Centre and Base Hospital

CACCs and base hospitals were to be reviewed once every three years; however, the Provincial Auditor noted that they have not been reviewed on a regular basis. Effective January 2001, regulations under the *Ambulance Act* require communication-dispatch services not operated by the Ministry and base hospitals to enter into an agreement with the Ministry for the provision of services. The Auditor was advised that the Ministry-run CACCs will be subject to similar performance requirements.

The Auditor recommended that to help ensure that emergency patient needs are effectively and consistently addressed, the Ministry should review CACCs and base hospitals, and resolve any deficiencies on a timely basis. In response, the

Ministry indicated that it will develop schedules to ensure that operational reviews are conducted within reasonable time frames. In addition, continual review of central ambulance communication centres will take place through field offices and inspections. Identified deficiencies are discussed with the operators/managers and corrective action plans are developed, and corrective action is to be monitored.

Committee Hearings

The Ministry confirmed that it will develop schedules to ensure that operational reviews are conducted within reasonable time frames and that the review of communications centres will be conducted in 2001. Base hospital reviews are scheduled for completion over a three-year period, with nine reviews planned for 2001.[84]

Committee Recommendation

The Ministry reiterated its commitment to schedule operational reviews and checks on the CACCs, and to take corrective action. The Committee concluded that follow-up procedures are required to ensure that operational reviews are made and corrective actions completed.

The Committee therefore recommends that:

11. The Ministry of Health and Long-Term Care should document the findings and the timing of its operational reviews of CACCs and the base hospitals to ensure timely checks, reporting and corrective action.

2.4.3 Complaints

Complaints received by the Ministry's investigations unit are logged and assigned to an investigator. The Auditor found that investigations were generally completed on a timely basis; however, while files indicated that investigations were generally thorough, certain key information was not consistently tracked in the complaint log.

The Provincial Auditor recommended that the Ministry should be able to assess whether complaints are satisfactorily resolved. The Ministry indicated that a process for investigating complaints received by, or referred to, another jurisdiction relating to land ambulances has now been developed for presentation to the Land Ambulance Implementation Steering Committee and that follow-ups will be completed and documented.

Committee Hearings

The process for investigating complaints was presented to LAISC in December 2000. The Ministry reviews all complaints and in cases with substantial evidence of non-compliance on the part of Emergency Health Services, a formal investigation is conducted. Complaints and investigative findings are to be reviewed with field offices on an ongoing basis.[85]

Committee Recommendation

The Committee acknowledged that complaints are reviewed and in certain cases formally investigated. The Committee has concluded that the investigation process requires a regular assessment to determine whether the review process is in conformity with standard Ministry practices and procedures.

The Committee therefore recommends that:

12. The Ministry of Health and Long-Term Care should conduct regular assessments of the complaint investigation process to determine whether cases have been properly managed and are in compliance with established Ministry practices and procedures. Corrective actions should be taken by the Ministry, as necessary.

3. Air Ambulance Program

3.1 Response Times

Air ambulances are primarily dispatched through a central air dispatch centre. At the centre the call-taker determines whether the call is an emergency and transfers it to the appropriate dispatcher. The Auditor noted that there were no response time standards for either the call-taker to transfer the call to the dispatcher or for the dispatcher to contact the air carrier. Response time requirements were included in each air carrier's contract; however, there were no penalties if response times were not met.

The Provincial Auditor recommended that several steps should be taken to help ensure that air ambulance dispatch and response times meet the needs of patients. The Ministry should develop, track and monitor air ambulance dispatch response time standards; track and monitor contracted air carrier response times and take corrective action when necessary; and ensure that air carrier contracts contain appropriate penalties for not meeting required response times.

The Emergency Health Services Branch has implemented an incident-reporting requirement with all carriers when response times exceed contract requirements. The Branch will more closely monitor compliance by air carriers with response time requirements and it will meet with carriers to consider possible changes to agreements related to response times.

Committee Hearings

The Ministry's response time standard is 10 minutes from the time that an ambulance is notified, to the actual time of preparedness to receive air traffic control clearance.[86] This standard is subject to intervening factors, and is dependent on weather, variable departure approval times from the air traffic control, and time needed to assemble equipment and/or wait for medical staff.

Committee Recommendation

The Committee acknowledged the seriousness of enforcing response time standards through the Emergency Health Services Branch. The Branch has introduced improvements such as the incident-reporting requirement and monitoring initiatives. The Committee has concluded that the contracts must be monitored and penalties applied in cases of non-compliance.

The Committee therefore recommends that:

13. The Ministry of Health and Long-Term Care's Emergency Health Services Branch initiated incident-reporting process should include such items as response times exceeding contract requirements, penalties in cases of non-compliance, and the steps taken to rectify such matters.

3.2 Outsourcing Air Ambulance Services

The decision to contract–out air ambulance services had not been made at the time of the hearings. However, the Committee questioned the Ministry on the rationale for considering the outsourcing of these services, given the concern on the part of some Members that the service levels may be compromised, thereby placing patients at risk.[87] The Ministry pointed out that it has been a long-term practice to use private sector air ambulances and that the possible expansion of these services would affect approximately 36 public sector employees and three administrative personnel.[88] Under another scenario, the province may privatize 45 positions for a total staff of 220.

The Ministry evaluation of the bids was to occur in February 2001 and the documentation would then be sent to Management Board for the final decision.[89] The Ministry indicated that it is considering several factors in its decision, including for example, the overall cost, service delivery and operational effectiveness.[90] Private operators have been providing air ambulance services in recent years and the level of service under these contracts was reported by the Ministry to be excellent.[91]

3.2.1 Air Ambulance Requests for Proposals (2000)

The Committee considered aspects of two Ministry requests for proposals (RFP) for air ambulances; namely, the Critical Care Transport-Rotary Wing/RFP # 2000-36, and Critical Care Transport-Fixed Wing/RFP # 2000-39, both dated October 10, 2000. The Ministry asked the prospective bidders to respond to two options: the provision of services with paramedical staff/aviation staff and aircraft, and with the exclusion of the paramedical staff.[92]

Reduction in Fees

The Committee wanted assurance that private operators would provide the required paramedical staff on air ambulances. At issue was whether private sector providers could operate without the full medical staff complement, provided that they pay a penalty.[93] The section entitled "Flight Paramedics", Schedule-"P" of

RFP # 2000-39, which refers to flight paramedic staffing and reductions in paramedic staffing, was considered by the Committee.

The Ministry confirmed that it would not allow a patient on board an air ambulance without the appropriate care.[94] The Ministry is responsible for dispatching air ambulances and it confirmed that current staffing practices would not be compromised.

There are only certain circumstances in which an air ambulance could depart with only one paramedic on board:

- the air-based hospital deemed it to be medically acceptable to send one paramedic; or
- the flight paramedic is accompanied by a neonatal transport team; or
- the flight paramedic is accompanied by a medical team consisting of a doctor, and a nurse or respiratory technologist.

Air ambulances may operate without paramedics only for the emergency transport of blood or human organs and tissues.

In conclusion, it is the Committee's understanding that any provision for a reduction in fees in an agreement with a service provider would occur only in circumstances when medical staff are not required on board.

Committee Recommendation

The Committee has concluded that the Ministry's agreements with service providers must establish essential requirements for medical personnel on air ambulances when transporting a patient.

The Committee therefore recommends that:

14. The Ministry of Health and Long-Term Care should ensure that the contract agreements with air ambulance operators specify that the essential medical staff complement must be on board when transporting a patient.

4. List of Committee Recommendations

1. The Ministry of Health and Long-Term Care's assessment of the realignment of land ambulance services should include such matters as the maintenance of standards, the financial impact for municipalities and the province, and a determination whether this initiative is providing seamless, accessible, accountable, integrated and responsive services. The Committee should be provided with a copy of this assessment.
2. In conjunction with the impact assessment (July 2001), outstanding matters should be addressed by the Ministry of Health and Long-Term Care, and

timelines for corrective measures and resource requirements should be established.

3. The Ministry of Health and Long-Term Care should establish provincial standards governing dispatch practices and procedures to ensure seamless land ambulance services within and between municipalities. Furthermore, provincial standards should be established governing the implementation of these procedures and an Emergency Health Services cost-sharing formula should be developed for cases involving two or more municipalities.

4. The Ministry of Health and Long-Term Care should determine the immediate and long-term municipal costs associated with providing Emergency Health Services, and undertake to ensure that provincial funding is reasonable and equitable. The Ministry's calculations on overall costs and provincial funding should be submitted to the Clerk, Standing Committee on Public Accounts by September 1, 2001.

5. The Ministry of Health and Long-Term Care should report to the Standing Committee on Public Accounts on its deliberations on municipal response time standards by September 1, 2001, following its consideration of LAISC's subcommittee report on the delivery of land ambulance services. This Ministry report should provide a summary of municipal plans for achieving standards, accompanied by a comprehensive account of shared costs.

6. The Ministry of Health and Long-Term Care should ensure compliance with municipal response time standards for all jurisdictions throughout the province. The results of the monitoring should be evaluated and reported on a regular basis,thereby ensuring public disclosure, and providing transparency and accountability. Corrective action should be taken immediately in cases of non-compliance.

7. The Ministry of Health and Long-Term Care should conduct a review of dispatch protocol initiatives to determine their level of success and take any corrective action required.

8. The Ministry of Health and Long-Term Care should complete a report on emergency room activity which includes, but is not limited to, the following:

   - a review of the Patient Priority System at the end of the initial year of operation to determine whether the problems experienced under the Redirect Consideration and Critical Care Bypass model have been resolved; and
   - a report on the status of Redirect Consideration/Critical Care Bypass usage during 1999/2000 and 2000/2001 on or before December 1, 2001.

   The report should also ensure full public disclosure of this information, thereby providing transparency and accountability.

9. The Ministry of Health and Long-Term Care should assess whether central ambulance communication centres properly assess and prioritize patients' needs. These reviews should be conducted after the Ministry's initiatives have been operational for one year.

10. The Ministry of Health and Long-Term Care should monitor the operational and administrative performance of ambulance operators on a regular basis, incorporating service reviews. The monitoring process should include the documentation of cases of non-compliance, and the identification of follow-up procedures to rectify problems.

11. The Ministry of Health and Long-Term Care should document the findings and the timing of its operational reviews of CACCs and the base hospitals to ensure timely checks, reporting and corrective action.

12. The Ministry of Health and Long-Term Care should conduct regular assessments of the complaint investigation process to determine whether cases have been properly managed and are in compliance with established Ministry practices and procedures. Corrective actions should be taken by the Ministry, as necessary.

13. The Ministry of Health and Long-Term Care's Emergency Health Services Branch initiated incident-reporting process should include such items as response times exceeding contract requirements, penalties in cases of non-compliance, and the steps taken to rectify such matters.

14. The Ministry of Health and Long-Term Care should ensure that the contract agreements with air ambulance operators specify that the essential medical staff complement must be on board when transporting a patient.

NOTES

[1] This Committee report is based on the contents of the Provincial Auditor's *2000 Special Report on Accountability and Value for Money* and *Hansard* for the Committee's hearings held on 14 December 2000 and 21 February 2001 at Queen's Park, Toronto.
[2] Ontario, Office of the Provincial Auditor, *2000 Special Report on Accountability and Value for Money* (Toronto: Office of the Provincial Auditor, November 2000), p. 160.
[3] See the Provincial Auditor's summary of the audit report on Emergency Health Services in ibid., p. 10.
[4] Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report of Debates (Hansard)*, 1st Session, 37th Parliament (14 December 2000 and 21 February 2001): 321.
[5] Ibid., p. 333.
[6] Ibid., p. 321.
[7] Ibid., p. 325.
[8] Ibid., p. 322.
[9] Ibid.
[10] Ibid.
[11] Ibid., p. 348.
[12] Ibid., p. 322.
[13] Ibid., p. 328.
[14] Ibid.
[15] Ibid., p. 321.
[16] Ibid., p. 336.
[17] Ibid., p. 350.
[18] Ibid., pp. 344 and 337.
[19] Ibid., p. 337.
[20] Ibid..
[21] Ibid., p. 330.
[22] Ibid., p. 326.
[23] Ibid., p. 350.
[24] Ibid., p. 336.
[25] Ibid., p. 354.
[26] Ibid.
[27] Ibid., p. 324.
[28] Ibid., pp. 337 and 351.
[29] Ibid., pp. 322 and 350.
[30] Ibid., p. 336.
[31] Ibid.
[32] Ibid., p. 337.
[33] Ibid., p. 354.
[34] Ibid., p. 324.
[35] Ibid., p. 347.
[36] Ibid., p. 322.
[37] Ibid., p. 325.
[38] Ibid., p. 324.
[39] Ibid., p. 348.
[40] Ibid., p. 351.
[41] Ibid., p. 329.
[42] Ibid., pp. 330 and 337.
[43] Ibid., p. 332.
[44] Ibid., p. 330.
[45] Ibid., p. 344.
[46] Ibid., p. 337.
[47] Ibid., p. 329.
[48] Ibid., p. 337.
[49] Ibid., pp. 328 and 329.

[50] Ibid., pp. 327 and 328.
[51] Ibid., p. 329.
[52] Ibid., p. 337.
[53] Ibid.
[54] Ibid., p. 331.
[55] Ibid., p. 337.
[56] Ibid., pp. 322 and 323.
[57] Ibid., p. 323.
[58] Ibid., p. 326.
[59] Ibid.
[60] Ibid.
[61] Ibid., p. 323 and 326.
[62] The Canadian Triage Acuity Scale (CTAS) is a standardised emergency patient prioritization tool which is used by hospital emergency departments to ensure that emergency patient care decisions are properly communicated and emergency services effectively used. The system uses five levels of classification, with Level 1 being the most serious and Level 5 being the least serious. The type and level of emergency care that emergency patients receive is determined by both their condition and the on the scene assessment of their medical needs by trained emergency service providers.
[63] Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Hansard*, p. 356.
[64] Ibid., p. 357.
[65] Ibid., p. 356.
[66] Ibid., p. 355.
[67] Ibid.
[68] Ibid.
[69] Ibid.
[70] Ibid., pp. 355 and 356.
[71] Ibid., p. 355.
[72] Ontario, Ministry of Health and Long-Term Care, "New system recommended for ambulances and hospitals," *Government of Ontario Press Releases*, 19 March 2001. Internet site at http://www.newswire.ca/government/ontario/english/releases/March2001/19/c4770.html accessed on 29 June 2001.
[73] Ontario, Legislative Assembly, Standing Committee on Public Accounts, *Official Report*, pp. 357 and 358.
[74] Ibid., p. 358.
[75] Ibid., p. 359.
[76] Ibid., p. 358.
[77] Ibid.
[78] Ibid., pp. 322 and 323.
[79] Ibid., p. 356.
[80] Ibid., p. 344.
[81] Ibid., p. 323.
[82] Ibid.
[83] Ibid., p. 322.
[84] Ibid., p. 323.
[85] Ibid., pp. 323 and 324.
[86] Ibid., p. 327.
[87] Ibid., pp. 344 and 348.
[88] Ibid., p. 352.
[89] Ibid., p. 338.
[90] Ibid.
[91] Ibid., p. 348.
[92] Ibid., p. 338.
[93] Ibid., pp. 342 and 348.
[94] Ibid., p. 339.

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

SERVICES DE SANTÉ D'URGENCE

(Section 3.09, Rapport spécial du vérificateur provincial pour 2000)

2e session, 37e législature
50 Élizabeth II

Données de catalogage avant publication de la Bibliothèque nationale du Canada

Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comptes publics
Services de santé d'urgence (Section 3.09, Rapport spécial du vérificateur provincial pour 2000)

Texte en français et en anglais disposé tête-bêche.
Titre de la p. de t. additionnelle: Emergency health services (Section 3.09, 2000 Special report of the Provincial Auditor)
ISBN 0-7794-1696-1

1. Ontario. Ministère de la santé et des soins de longue durée—Évaluation. 2. Ambulance, Services d'—Ontario. I. Titre. II. Titre: Emergency health services (Section 3.09, 2000 Special report of the Provincial Auditor)

KEO730.A42 O56 2001 361.18'8'09713 C2001-964008-0F

Legislative Assembly of Ontario

Assemblée législative de l'Ontario

L'honorable Gary Carr,
Président de l'Assemblée législative

Monsieur le président,

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et le confie à l'Assemblée.

Le président du comité,

John Gerretsen

Queen's Park
Septembre 2001

COMPOSITION DU

COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS

JOHN GERRETSEN
Président

JOHN CLEARY
Vice-président

RAMINDER GILL

SHELLEY MARTEL

JULIA MUNRO

JOHN HASTINGS

BART MAVES

RICHARD PATTEN

Tonia Grannum
Greffière du comité

Ray McLellan
Recherchiste

TABLE DES MATIÈRES

PRÉAMBULE 1

1. INTRODUCTION 1
   1.1 Conclusions de la vérification 1
      1.1.1 Conclusions et recommandations du Comité 2

2. PROGRAMME D'AMBULANCES TERRESTRES 2
   2.1 Remaniement des services locaux 2
      2.1.1 Transition 3
      2.1.2 Responsabilité de l'expédition d'ambulances 5
      2.1.3 Coûts et financement du remaniement 6
   2.2 Délais d'intervention 11
      2.2.1 Délais d'intervention des ambulances 11
      2.2.2 Délais d'intervention pour l'expédition d'ambulances 14
      2.2.3 Réacheminement des patients et suspension des soins aux malades en phase critique 16
   2.3 Priorités de l'expédition d'ambulances 20
   2.4 Surveillance du rendement 21
      2.4.1 Examens des services - Exploitant des services d'ambulances 21
      2.4.2 Examens des services - Centres intégrés d'expédition d'ambulances et hôpitaux principaux 22
      2.4.3 Plaintes 23

3. PROGRAMME D'AMBULANCES AÉRIENNES 24
   3.1 Délais d'intervention 24
   3.2 Impartition des services d'ambulances aériennes 25
      3.2.1 Demandes de propositions pour les services d'ambulances aériennes (2000) 26

4. LISTE DES RECOMMANDATIONS 27

NOTES 30

PRÉAMBULE

Le vérificateur provincial a présenté son rapport sur les services de santé d'urgence à la section 3.09 du *Rapport spécial de 2000 sur l'obligation de rendre compte et l'optimisation des ressources*. Le Comité permanent des comptes publics a tenu des audiences sur ce rapport de vérification les 14 décembre 2000 et 21 février 2001 avec des représentants du ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le présent rapport constitue les conclusions du Comité et ses recommandations à ce sujet[1].

Le Comité permanent des comptes publics remercie les fonctionnaires du ministère de la Santé et des Soins de longue durée d'avoir assisté à ces audiences. Le Comité est également reconnaissant de l'aide que lui ont apportée durant les audiences le personnel du Bureau du vérificateur provincial, le greffier du Comité et le personnel des Services de recherches et d'information de l'Assemblée législative.

1. INTRODUCTION[2]

La fourniture de services d'ambulances en Ontario est régie par la *Loi sur les ambulances*. Aux termes de la loi, les fonctions et les pouvoirs du ministère de la Santé et des Soins de longue durée consistent, entre autres, à « assurer l'existence dans tout l'Ontario d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulance et de services de communication utilisés pour l'expédition d'ambulances. »

Dans le cadre du remaniement des services locaux, la province a transféré aux municipalités la responsabilité du financement des services d'ambulances terrestres, la province finançant la moitié des coûts approuvés de ces services. La date limite à laquelle les municipalités devaient assumer la responsabilité de la fourniture de ces services avait été fixée au 1er janvier 2001. Au moment de la vérification, cinq municipalités assumaient la responsabilité de l'exploitation de leurs services d'ambulances.

1.1 Conclusions de la vérification[3]

En vertu de la *Loi sur les ambulances*, les fonctions et les pouvoirs du ministre de la Santé et des Soins de longue durée consistent, entre autres, à « assurer l'existence dans tout l'Ontario d'un réseau équilibré et intégré de services d'ambulance et de services de communication utilisés pour l'expédition d'ambulances ». Au cours de l'exercice 1999-2000, les dépenses des services de santé d'urgence, avant de recouvrer des municipalités leur partie des frais d'exploitation des ambulances, avoisinaient les 404 millions de dollars.

Dans son rapport de vérification, le vérificateur provincial a mis en lumière ce qui suit :

- Les services d'ambulances terrestres ont été transférés aux municipalités à un moment où plus de la moitié des exploitants des services d'ambulances

terrestres ne respectaient pas les délais d'intervention exigés, ces délais étant fondés sur le rendement réel en 1996. De plus ces exigences variaient considérablement d'un endroit à l'autre de la province.

- Le ministère estimait qu'il fallait injecter un montant supplémentaire de 40 millions de dollars tous les ans, et un montant ponctuel de 11,6 millions de dollars pour respecter les délais d'intervention exigés.
- Le risque de délais d'intervention insatisfaisants avait augmenté du fait que, comme l'a rapporté le groupe de travail sur les services d'urgence, les hôpitaux avaient demandé un réacheminement des patients ou une suspension des soins aux malades en phase critique dans 36 pour 100 des cas.
- Le remaniement du réseau d'ambulances terrestres risque de ne pas assurer l'existence d'un réseau équilibré et intégré et aussi d'être plus coûteux pour les Ontariens. Le ministère estimait qu'en l'an 2000 il en coûterait 53 millions de dollars de plus pour maintenir le niveau de service actuel qui ne respectait déjà pas les délais d'intervention exigés.

Le vérificateur provincial a fait un certain nombre de recommandations visant l'amélioration des services d'ambulances, et le ministère s'est engagé à prendre des mesures de redressement.

1.1.1 Conclusions et recommandations du Comité

Le Comité permanent des comptes publics a approuvé les recommandations du vérificateur provincial dans son rapport de vérification de 2000 sur les services de santé d'urgence et a recommandé leur mise en œuvre par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée. Le Comité a rédigé d'autres recommandations dans le présent rapport, à la lumière des conclusions des audiences.

Réponse du ministère au rapport du Comité

Le Comité permanent des comptes publics demande au ministère de la Santé et des Soins de longue durée de donner au greffier la réponse à son rapport dans les 120 jours de son dépôt auprès du président de l'Assemblée législative de l'Ontario.

2. PROGRAMME D'AMBULANCES TERRESTRES

2.1 Remaniement des services locaux

Le *Rapport annuel de 1998-1999* de la province de l'Ontario précise que « le remaniement des services locaux a pour but d'améliorer la responsabilité, de réduire le gaspillage et les doubles emplois, et d'offrir des services gouvernementaux améliorés et moins coûteux aux contribuables de l'Ontario. Bref, il vise à offrir les meilleurs services possible au coût le plus faible qui soit ».

2.1.1 Transition

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a approuvé cinq principes fondamentaux pour la prestation des services d'ambulances terrestres, à savoir : la continuité, l'accessibilité, la responsabilité, l'intégration et la sensibilité. En 1998, le Groupe d'étude sur le transfert des services d'ambulances terrestres a formulé des recommandations visant à assurer le maintien et l'amélioration d'un réseau d'ambulances axé sur les patients. Le ministère a accepté la plupart de ces recommandations, et celles-ci en étaient à différents stades de mise en œuvre au moment de la vérification.

Au début de 1999, le ministère et l'Association des municipalités de l'Ontario ont créé le Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres pour faciliter, surveiller et évaluer le transfert des services. Au moment de la vérification, les accords conclus avec les municipalités ne comprenaient pas d'entente de financement, et le ministère devait élaborer des mesures de rendement et des exigences de compte rendu pour assurer l'existence d'un réseau d'ambulances intégré.

Le vérificateur provincial a recommandé que le ministère, une fois le remaniement mené à bien, veille à ce que le programme d'ambulances terrestres de la province soit continu, accessible, responsable, intégré et sensible. Le ministère a répondu que les municipalités signaient un protocole d'entente avec lui, et que la *Loi sur les ambulances* et les règlements y afférents établissent les normes relatives à l'exploitation des services d'ambulance. De plus, il surveillerait le transfert des responsabilités et évaluerait les répercussions du remaniement en juillet 2001.

Audiences du Comité

Le Comité a traité de plusieurs questions liées à la transition, notamment la qualité et les normes de prestation des services, les dispositions de financement, le rôle du Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres, les ententes contractuelles de la province avec les municipalités et la surveillance exercée par le ministère.

En janvier 1998, chaque municipalité du palier supérieur devait assumer la responsabilité des coûts de financement liés à la fourniture de services d'ambulances terrestres dans sa région. La loi exigeait le transfert des services de la province à une municipalité ou à un agent de prestation désignés[4]. Le ministère a indiqué que, grâce au processus d'agrément, la *Loi sur les ambulances* contient maintenant des assurances importantes de la qualité des services d'ambulances[5].

Le Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres a collaboré à la résolution des questions de transition des services d'ambulances. Le ministère est toujours en consultation avec des représentants municipaux, par l'intermédiaire de ce Comité, et directement avec les municipalités. La province a approuvé un modèle de financement pour le partage des coûts, moitié-moitié, des services d'ambulances terrestres, et on a créé un

sous-comité du Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres qui sera chargé de réviser toutes les normes relatives aux services d'ambulances, entre autres les délais d'intervention[6].

Lorsqu'elles assument la responsabilité des services d'ambulances terrestres, les municipalités de palier supérieur signent un protocole d'entente avec le ministère. Toutes les municipalités ont assumé cette responsabilité et ont été agréées en fonction des normes de services[7]. Le ministère surveillera le transfert de responsabilité au moyen d'examens opérationnels, d'inspections, d'enquêtes et par l'entremise des centres intégrés d'expédition d'ambulances (CIEA)[8].

Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a indiqué que des entretiens préliminaires avec le personnel des bureaux régionaux à propos de la surveillance du remaniement des services d'ambulances terrestres auraient lieu d'ici décembre 2000, et qu'une base de données serait élaborée en 2001 pour établir un lien avec la base de données des examens opérationnels. Le compte rendu de contact et la base de données du bureau régional, constituée en 2001, seront reliés dans la base de données des examens opérationnels[9]. Le ministère a fait savoir qu'il surveillerait le transfert de responsabilité et s'engage à évaluer l'impact du remaniement en juillet 2001, par l'intermédiaire des bureaux régionaux, et à prendre les mesures correctrices nécessaires en collaboration avec chaque municipalité[10].

Recommandations du Comité

Le vérificateur provincial a fait remarquer que, selon plusieurs études et rapports, on craint que le réseau remanié n'aboutisse pas à un réseau de services équilibrés et intégrés, et coûte plus cher. Le Comité reconnaît que des mesures ont été prises pour assurer une bonne transition, grâce à des normes de service et de prestation, au financement, à des ententes contractuelles et à la surveillance. Cependant, il se demande si les municipalités seront capables de maintenir un service d'ambulances continu après janvier 2001 et dans quelle mesure, à courte échéance, on ressentirait les effets du transfert des services d'ambulances terrestres aux municipalités[11].

En conclusion, le Comité estime que, à la suite de la période de transition, il sera difficile de maintenir un réseau intégré et sensible aux besoins. En même temps que l'évaluation prévue de l'impact du remaniement, qui doit se faire en juillet 2001, et la surveillance continue, il faudra un plan d'action pour apporter des mesures correctrices.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

1. **L'évaluation par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée du remaniement des services d'ambulances terrestres doit inclure des sujets comme le maintien des normes et l'impact financier pour les municipalités et la province, et doit déterminer si cette initiative aboutit à des services continus, accessibles, responsables, intégrés et sensibles. Le Comité doit recevoir une copie de cette évaluation.**

2. **En même temps que l'évaluation de l'impact (juillet 2001), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit traiter toutes les questions en suspens et fixer un calendrier pour les mesures correctrices et les besoins en matière de ressources.**

2.1.2 Responsabilité de l'expédition d'ambulances

Le ministère assume le coût total du fonctionnement des 19 centres intégrés d'expédition d'ambulances (CIEA) en Ontario, qui coordonnent et dirigent le déplacement de toutes les ambulances terrestres. Dans le cadre du remaniement, les municipalités qui fournissent des services d'ambulances à l'extérieur de leur territoire peuvent les facturer aux municipalités concernées.

Le sous-comité sur l'expédition d'ambulances du Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres a étudié les différentes options pour la gestion, la direction et le contrôle des services d'expédition d'ambulances terrestres, notamment le transfert possible de la direction de ces services aux municipalités. En décembre 1999, le sous-comité a convenu d'un certain nombre de principes liés, par exemple, à la disponibilité des ambulances pour répondre aux appels d'urgence, au droit pour une municipalité de diriger les services d'expédition, si elle le souhaite, et à la surveillance par les municipalités de l'observance des protocoles d'expédition. Toutefois, il faut maintenir le principe d'un réseau accessible, intégré, responsable et sensible. L'Association des hôpitaux de l'Ontario a soutenu que les services d'expédition d'ambulances doivent continuer de relever de la province pour qu'on soit sûr que les services d'ambulances sont coordonnés et continus.

Le vérificateur provincial a recommandé que le ministère et les municipalités collaborent pour faire en sorte que les limites municipales ne nuisent pas à la prestation des services d'ambulances aux patients et n'augmentent pas les coûts de façon importante. Le ministère a répondu que, par l'intermédiaire des bureaux régionaux et des CIEA, il collabore actuellement avec les municipalités pour régler les questions de limites et des services d'ambulance continus.

Audiences du Comité

Le ministère collabore avec les municipalités qui assument la responsabilité des services d'ambulances terrestres et il traite des questions de limites par l'intermédiaire de ses bureaux régionaux. De plus, il a mis sur pied des comités consultatifs des CIEA qui, de concert avec les municipalités, surveillent la fourniture de services aux abords des limites municipales et d'une municipalité à l'autre pour assurer une prestation de services continue[12]. Des examens opérationnels seront effectués régulièrement sur les centres d'expédition. Il est prévu sept examens opérationnels par le personnel ambulancier pour les centres d'expédition en 2001, afin d'évaluer leur conformité aux accords de rendement et le niveau des services d'expédition. Enfin, des inspecteurs nommés spécialement procéderont à des inspections au hasard des centres d'expédition et des services d'ambulances terrestres et aériennes[13].

Le Comité a demandé des renseignements sur l'aide provinciale qui permettrait de compenser les coûts des expéditions d'ambulances d'une collectivité à l'autre. Il est possible qu'il faille des ressources supplémentaires aux centres d'expédition pour recouvrer les frais du personnel de formation et technique. Le ministère a confirmé qu'il s'engageait à fournir des ressources supplémentaires pour les expéditions[14].

Recommandation du Comité

La fourniture de services d'ambulances continus est une priorité dominante, et les limites municipales ne doivent pas gêner la prestation de services ni contribuer aux coûts. Le ministère s'est engagé à résoudre les questions de limites avec les municipalités grâce à une approche gérée et en fournissant des ressources supplémentaires pour l'expédition d'ambulances.

Des pratiques et des méthodes d'expédition normalisées contribueraient à assurer la prestation économique et uniforme des services, d'une municipalité à l'autre.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

3. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit établir des normes provinciales régissant les pratiques et méthodes d'expédition pour assurer des services d'ambulances terrestres continus au sein des municipalités et d'une municipalité à l'autre. De plus, il faut établir des normes provinciales régissant la mise en œuvre de ces méthodes et une formule de partage des coûts des services de santé d'urgence pour les situations mettant en cause deux ou plusieurs municipalités.**

2.1.3. Coûts et financement du remaniement

Le ministère a estimé que le transfert des services d'ambulances terrestres aux municipalités augmenterait le coût annuel total d'environ 12 millions de dollars en 1999, et d'un montant supplémentaire de 53 millions de dollars en 2000, par modifications au modèle de financement. Ces chiffres ne comprennent pas les coûts engagés par les municipalités pour l'administration ou les augmentations salariales et le salaire des ambulanciers paramédicaux ni la facturation intermunicipale des services. De plus, le transfert de la responsabilité des services d'ambulances terrestres aux municipalités a donné lieu à des coûts ponctuels.

Bien que la province ait annoncé en mars 1999 qu'elle financerait la moitié des coûts approuvés des services d'ambulances terrestres à compter du 1er janvier 1999, au moment de la vérification, le ministère n'avait pas encore défini ce qu'il entendait par « coûts approuvés ». Tant que cela ne sera pas fait, le ministère et les municipalités pourront difficilement faire des prévisions budgétaires pour l'avenir.

Le vérificateur provincial a recommandé que le ministère fasse en sorte que le financement accordé aux municipalités soit raisonnable et équitable et, pour cela, qu'il procède à une évaluation des besoins relatifs. Le ministère et le Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres ont

créé un sous-comité pour revoir les normes et les coûts et faire des recommandations à ce sujet. Le ministère a défini les paramètres nécessaires pour déterminer les coûts municipaux qui seront admissibles au financement provincial.

Audiences du Comité

Au mois de décembre 2000, 18 municipalités de palier supérieur avaient assumé la responsabilité d'offrir des services d'ambulances terrestres dans leur collectivité. À la date limite du 1er janvier 2001, 32 autres municipalités avaient assumé cette responsabilité[15]. Un contrat a été signé avec toutes les municipalités de palier supérieur, et un agent de prestation a été désigné. Les contrats du réseau d'ambulances terrestres englobent 22 exploitants privés, 22 hôpitaux, 25 services municipaux exploités directement, deux commissions et sept services bénévoles[16].

Au cours des audiences, le Comité a examiné divers aspects des conséquences financières du remaniement qui ont été traités dans cette section du rapport. Ils comprennent le modèle de financement du ministère, le processus d'établissement d'un budget annuel et les dispositions spéciales de financement, les normes de délais d'intervention et les coûts connexes, ainsi que les frais engagés pour le processus de dessaisissement.

Modèle de financement provincial

En janvier 1999, environ 60 pour 100 des exploitants n'avaient pas respecté les normes de 1996 pour les délais d'intervention. Des négociations avec les municipalités ont abouti à l'établissement d'une liste de dépenses approuvées qui ont été incorporées dans le modèle de financement des coûts approuvés du ministère pour les ambulances terrestres[17]. Le modèle fournit les coûts approuvés des ambulances terrestres à des fins de partage de coûts avec la province, selon les délais d'intervention réels avant le dessaisissement. Cependant, on ne tient pas compte des coûts supplémentaires à engager pour respecter les normes de délais d'intervention de 1996. Dans certains cas, les municipalités ont indiqué qu'elles seraient prêtes à octroyer le financement nécessaire pour améliorer les délais d'intervention[18].

Le modèle tient compte du partage des coûts approuvés des services d'ambulances terrestres, moitié-moitié avec les municipalités, à compter du 1er janvier 1999, y compris les coûts supplémentaires engagés par les municipalités pour le carburant, les assurances, la responsabilité et les taxes, entre autres[19]. Le modèle de financement du ministère a été distribué à toutes les municipalités en octobre 2000. Le ministère a confirmé qu'il s'est engagé à financier la moitié des coûts pour observer les normes adoptées d'un commun accord, mais qu'il doit terminer son examen pour déterminer le coût réel[20]. Les postes de dépenses principaux figurant dans le modèle sont les suivants :

- achat et fonctionnement des véhicules, y compris l'entretien et les réparations;
- équipement pour le soin des patients et achat de fournitures, réparation et entretien;

- ambulanciers paramédicaux (type et heures de travail des ambulanciers paramédicaux semblables à ceux existant au moment du transfert) et formation des ambulanciers paramédicaux;
- coûts administratifs et coûts de licenciement, taxes et assurances;
- tarification selon les résultats;
- postes d'ambulances;
- transferts d'un établissement à l'autre;
- coûts des hôpitaux principaux; et
- équipes de première intervention[21].

De plus, le modèle de financement couvre certains coûts administratifs - jusqu'à concurrence de 10 pour 100 des dépenses totales - qui sont actuellement déterminés en collaboration avec les municipalités[22]. On n'est pas parvenu à un accord sur les salaires et d'autres questions comme les charges des installations[23].

Budget annuel et financement spécial

Au moment où se tenaient les audiences, les municipalités préparaient leurs soumissions budgétaires en se fondant sur le modèle de coûts approuvés pour l'exercice en cours[24]. La Direction des services de santé d'urgence examinera toutes les soumissions avant de donner son accord final pour assurer une application uniforme du modèle. Aucun engagement n'a encore été pris quant aux coûts associés au respect des normes concernant les délais d'intervention.

En avril 2001, le ministère a fourni la ventilation provisoire suivante des dépenses de 2000-2001 pour les services de santé d'urgence, à titre d'information complémentaire :

> Le montant de 404 millions de dollars auquel il est fait allusion représente le budget total d'un exercice complet. Outre le financement des ambulances terrestres, ce montant couvre, entre autres, les frais des ambulances aériennes, des expéditions du bureau principal et des hôpitaux principaux, des supports informatiques, des véhicules et de l'équipement connexe.
>
> Le montant de 280 millions de dollars auquel il est fait allusion [au cours des audiences] ne couvre que les frais d'exploitation des ambulances terrestres; par conséquent, c'est une sous-division du budget total de la direction.
>
> Le montant de 30 millions de dollars, auquel il est fait allusion, est le coût supplémentaire (50 pour 100 de la part provinciale) lié à la mise

> en œuvre du contrat de partage des coûts approuvés du gouvernement (modèle de financement). Les 30 millions de dollars concernent l'augmentation des frais d'administration, les véhicules et l'équipement connexe, les assurances, le coût des installations et d'autres coûts, engagés par les municipalités pour gérer l'exploitation des ambulances terrestres dans leur région. Ce coût supplémentaire n'est pas lié aux améliorations des délais d'intervention ou d'autres services.

Les 280 millions de dollars représentent le budget actuel pour les services d'ambulances terrestres, sans tenir compte des coûts futurs liés au remaniement.

En cas de circonstances exceptionnelles, la municipalité pourrait demander un financement supplémentaire, à condition de présenter une analyse de rentabilité. Le ministère a indiqué qu'il n'avait pas précisé les conditions de telles situations, mais qu'elles ne s'appliqueraient qu'à des circonstances exceptionnelles[25].

> L'engagement que nous [le ministère] avons pris à l'égard de toutes les municipalités, néanmoins, est que nous ne procéderions pas à un financement ponctuel, en ce sens que nous ne donnerions pas à quelqu'un ce que nous refuserions à quelqu'un d'autre. Je pense que ce qui se passera est que nous discuterons de tous les cas exceptionnels avec l'ensemble du Comité. Il s'agira de circonstances exceptionnelles [par exemple, dégâts dus à l'incendie d'un parc et d'un poste d'ambulances][26].

Normes et coûts des délais d'intervention

Selon le ministère, on a traité de la question du modèle pour les frais de base actuels et on discute maintenant des normes de délais d'intervention[27]. On se demande si toutes les municipalités seront en mesure d'assumer leurs responsabilités financières à la suite du remaniement[28].

Un rapport d'experts-conseils du ministère confirmait que le transfert des services d'ambulances terrestres aux municipalités augmenterait de 53 millions de dollars en 2000 le coût annuel de la fourniture des services tels qu'ils existent actuellement. Le ministère estimait que pour amener les municipalités aux normes de 1996 il faudrait dépenser 40 millions par an de plus en frais d'exploitation, auxquels s'ajouterait un financement ponctuel de 11,6 millions de dollars.

Le ministère, en partenariat avec le Comité directeur de mise en œuvre du transfert des services d'ambulances terrestres, a créé un sous-comité chargé

d'examiner les normes et les coûts et de soumettre ses recommandations. Ce sous-comité a terminé son rapport sur les coûts; cependant, la présentation finale de la formule de financement dépend des consultations municipales et de l'intervention du gouvernement provincial[29].

Coûts du dessaisissement

Le processus de dessaisissement comprend les frais extraordinaires encourus et l'augmentation des frais généraux. Le Comité a posé des questions sur les coûts du dessaisissement en ce qui concerne les sommes payées aux exploitants et les coûts liés aux indemnités de départ et annulations de baux[30].

Les coûts d'indemnité de départ sont connus, mais certains des baux ne sont pas encore finalisés, et les coûts de dessaisissement ainsi que les indemnités ne sont pas réglés[31]. Le ministère a fourni au Comité les renseignements supplémentaires ci-joints sur le processus de dessaisissement, qui comprennent les montants versés aux exploitants et les frais liés aux indemnités de départ et annulations de baux :

- les exploitants de services d'ambulances privés ont reçu une indemnité ponctuelle de 24,9 millions de dollars pour compenser les pertes de leur lien commercial avec la province pendant l'exercice 1999-2000;
- la plupart des demandes d'indemnité de départ pour 1999-2000 et 2000-2001 ont été reçues, vérifiées et réglées. Elles s'élèvent à 33,1 millions de dollars;
- les annulations de baux ont été négociées de façon satisfaisante et on a abouti à plusieurs règlements à l'amiable, ce qui s'est soldé par des coûts bien inférieurs aux prévisions originales. Le ministère continue à négocier les annulations de baux, et la liste partielle de ces annulations devrait représenter 1,2 million de dollars à la fin de 2000-2001. Les annulations continueront à être traitées jusqu'à ce qu'on en ait terminé.

Le ministère a confirmé que les coûts de remaniement comprennent les coûts antérieurs au dessaisissement et le coût ponctuel du service[32]. Les municipalités recevront ce qui correspond aux coûts actuels, par exemple, les véhicules prévus dans le modèle; des coûts municipaux spéciaux doivent être soumis à l'examen du ministère[33]. On ne sait toujours pas quels seront les coûts assumés par les municipalités et ceux assumés par la province.

Recommandation du Comité

Le Comité s'est renseigné sur les conséquences financières du remaniement pour les municipalités qui assument la responsabilité des services d'ambulances. Dans cette équation, on a pris en considération le modèle de financement du ministère, les normes d'intervention, le financement spécial et les coûts du dessaisissement. Le vérificateur provincial a souligné la nécessité d'évaluer les besoins relatifs et d'assurer un financement équitable à l'échelle de la province pour ces services, définissant ainsi les coûts qui donnent droit au financement provincial. Comme on l'a fait remarquer, on n'a pas encore déterminé quels seront les coûts que devront assumer les municipalités.

En juin 2001, le Comité a demandé des éclaircissements sur plusieurs questions liées au financement du processus de remaniement, au partage du financement et à la question encore non résolue des normes de délais d'intervention[34]. Cette demande portait sur les points suivants :

- frais actuels estimatifs à engager par les municipalités pour atteindre les normes de délais d'intervention de 1996;
- ventilation provinciale/municipale actuelle et prévue des dispositions de partage des coûts;
- frais encourus par les municipalités lorsque la part de la province est inférieure à 50 pour 100;
- nouvelles normes provinciales de délais d'intervention approuvées et dispositions de partage des coûts pour atteindre ces normes;
- délais d'intervention réels en 2000, comparés aux normes de 1996;
- critères de délais d'intervention dans d'autres territoires de compétence, ainsi que renseignements financiers pertinents concernant ces territoires.

La réponse du ministère a indiqué qu'un grand nombre de ces questions étaient toujours en cours de négociation avec les municipalités. Le Comité en a donc conclu qu'il fallait une évaluation des coûts globaux du remaniement pour déterminer avec précision les conséquences financières du remaniement. Cette évaluation est nécessaire pour s'assurer que le financement de la province aux municipalités soit raisonnable et équitable et prenne en compte le coût du dessaisissement, les frais extraordinaires des municipalités, les augmentations de coûts en général et les risques connexes[35]. Il faut également tenir compte, dans cette évaluation, des conclusions du sous-comité du Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres sur les normes et les coûts des services d'ambulances[36].

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

4. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer les coûts immédiats et à longue échéance qu'encourront les municipalités pour fournir des services de santé d'urgence, et veiller à ce que le financement provincial soit raisonnable et équitable. Les calculs du ministère sur les coûts globaux et le financement provincial doivent être soumis au greffier du Comité permanent des comptes publics d'ici le 1er septembre 2001.**

2.2 Délais d'intervention

2.2.1 Délais d'intervention des ambulances

Au moment de la vérification, les règlements pris en application de la *Loi sur les ambulances* prescrivaient les délais d'intervention des ambulances terrestres pour les appels de code 4, d'après les délais d'intervention réels de 1996. Les règlements pris en application de la Loi ne prescrivaient pas les délais d'intervention pour les autres catégories d'appels. Le vérificateur a constaté que

les délais d'intervention exigés pour les appels de code 4 variaient considérablement dans l'ensemble de la province. De plus, les délais exigés n'étaient pas uniformes dans les municipalités comptant plus d'un exploitant.

Les règlements pris en application de la Loi en mai 2000 ne précisent plus les délais d'intervention que doivent respecter les exploitants des services d'ambulances. Toutefois, les exploitants doivent respecter les critères énoncés dans les normes d'accréditation des ambulances terrestres du ministère qui obligent actuellement les exploitants à respecter les exigences fondées sur les délais d'intervention de 1996.

Le vérificateur provincial a recommandé que les délais d'intervention des ambulances dans les cas d'urgence répondent aux besoins des patients dans l'ensemble de la province. Le ministère a répondu que, de concert avec les municipalités, il examinera les normes, y compris les délais d'intervention, et formulera des recommandations s'il y a lieu d'apporter des changements. Pour aider les municipalités à déterminer si les délais d'intervention exigés sont respectés, le ministère a procédé à un examen complet des délais d'intervention et fournit actuellement aux municipalités l'accès aux données statistiques.

Audiences du Comité

Examen des normes de délais d'intervention

Le ministère a expliqué que la *Loi sur les ambulances* établit des normes d'exploitation dans les domaines comme le soin des patients, les véhicules, l'équipement et l'accréditation[37]. Pour 90 pour 100 des appels de priorité 4, les délais d'intervention ne doivent pas être plus longs que ceux établis par la personne qui exploitait le service en 1996[38]. Le Comité a noté que les normes d'intervention de 1996 n'ont pas toujours été respectées, et que la province n'a pas fixé de nouvelles normes de délais d'intervention pour les ambulances terrestres provinciales dans la *Loi sur les ambulances*[39]. Ce qui est en cause est la nécessité d'établir des normes acceptables et de déterminer comment les municipalités les observeront.

Le Comité a interrogé le ministère sur les normes et les délais d'intervention et sur le fait que certaines municipalités ne sont pas en mesure d'observer les délais d'intervention fixés actuellement. Le ministère exige que les municipalités améliorent leur efficacité et établissent des méthodes d'exploitation et introduisent des innovations[40]. À l'heure actuelle, le service et les délais d'intervention dans des territoires de compétence semblables sont inégaux à l'échelle de la province[41].

Sous-comité du Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres

Le ministère et les municipalités ont convenu d'examiner ensemble les normes actuelles par l'intermédiaire de ce sous-comité[42]. Le ministère a confirmé que les municipalités lui avaient demandé d'envisager d'élaborer des normes fondées sur

les résultats pour les délais d'intervention dans le cadre de l'examen du sous-comité[43].

Le mandat du sous-comité est le suivant[44] :

> le sous-comité sur les normes [du Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres] examinera et a déjà examiné les normes pour les services d'ambulances à l'échelle de la province... non pas les normes individuelles pour les exploitants individuels; elles n'existent pas. Il s'agit d'une norme pour les services d'ambulances à l'échelle de la province. Toute modification envisagée avec une municipalité... doit passer par ce sous-comité sur les normes. Mais pour qu'une norme change, il faudra l'approbation d'un sous-comité sur les normes, dont le ministère fait partie, et nos représentants municipaux...[45].

Chaque municipalité sera tenue de présenter un plan sur la façon dont elle se prépare à observer les normes de délais d'intervention[46]. Parmi les questions à résoudre, citons des opinions contradictoires sur la façon dont on doit déterminer les normes pour les régions rurales et urbaines, le bien-fondé des normes et les coûts que représentent les nouveaux délais[47].

Le ministère a fourni des niveaux de délais d'intervention en 1999 pour les municipalités de palier supérieur et les districts[48]. On a procédé à un examen complet des normes dont les résultats ont été communiqués aux municipalités en 2000; on prévoit d'obtenir des prévisions sur les plans des municipalités pour les délais d'intervention au cours de l'été 2001[49]. Les normes de délais d'intervention doivent être incorporées dans les accords de rendement individuel selon les normes provinciales établies[50]. Au moment des audiences, le ministère passait en revue les plans des municipalités pour observer les délais d'intervention et devait décider si les normes de 1996 deviendraient la norme[51].

Le ministère a indiqué qu'il avait l'intention d'observer les normes de 1996, puis de les dépasser, en collaborant avec les municipalités[52]. Il a été confirmé que certaines municipalités ayant des contrats avaient volontairement dépassé les normes de 1996[53]. Le ministère a expliqué que l'on pourrait opérer des changements pour améliorer les délais d'intervention, mais il y a des retards dus, par exemple, à la nécessité de construire de nouvelles ambulances et de former et d'engager des ambulanciers paramédicaux supplémentaires. En conclusion, le ministère a indiqué qu'il faudrait compter environ de 18 à 24 mois pour que soient observés les délais d'intervention[54].

Recommandations du comité

Sous-comité sur les normes du Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres

Le sous-comité a entamé un examen des normes, notamment les normes concernant les délais d'intervention, à l'automne 2000. Le ministère et les municipalités ont convenu d'examiner ensemble les normes, puis chaque municipalité préparera un plan pour atteindre les délais requis. Il est prévu que l'examen des délais d'intervention soit terminé au printemps de 2001[55].

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

5. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des comptes publics de ses délibérations portant sur les normes municipales de délais d'intervention d'ici le 1er septembre 2001, après avoir étudié le rapport du sous-comité du Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres sur la prestation des services d'ambulances terrestres. Le rapport du ministère doit fournir un sommaire des plans des municipalités pour observer les normes, accompagné d'un décompte des coûts partagés.**

Fonction de surveillance du ministère

Le vérificateur a recommandé que le ministère prenne les mesures correctrices nécessaires lorsque les normes de délais d'intervention ne sont pas observées. À l'heure actuelle, le ministère surveille et analyse les délais d'intervention des municipalités de palier supérieur et des régions désignées pour évaluer la conformité aux normes[56].

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit assurer la conformité aux normes municipales de délais d'intervention pour tous les territoires de compétence de la province. Les résultats de la surveillance doivent être évalués, et on doit en faire rapport régulièrement, assurant ainsi la divulgation publique et répondant à la nécessité de transparence et de responsabilité. Des mesures correctrices doivent être prises immédiatement en cas de non-conformité.**

2.2.2. *Délais d'intervention pour l'expédition d'ambulances*

Les délais d'intervention des préposés aux appels et des répartiteurs pour les appels de code 4 étaient précisés dans les règlements pris en application de la *Loi sur les ambulances*. Le vérificateur a constaté que, alors que le ministère savait que les délais d'intervention exigés pour l'expédition d'ambulances n'étaient pas respectés en général, il ne prenait pas les moyens nécessaires pour redresser la situation. À compter du 1er mai 2000, les nouveaux règlements pris en application de la *Loi sur les ambulances* ne précisaient plus les délais d'intervention exigés pour l'expédition d'ambulances. .

Le vérificateur provincial a recommandé que le ministère prenne des mesures afin de mieux répondre aux besoins des patients, en établissant/surveillant les délais d'intervention pour l'expédition d'ambulances et applique les mesures correctrices qui s'imposent. En réponse, le ministère a indiqué que les normes relatives à l'expédition d'ambulances feraient partie d'une entente de rendement conclue entre chaque centre d'expédition d'ambulances et le ministère. Celui-ci surveillera le respect des normes et prendra les mesures correctrices nécessaires. En outre, on examine actuellement le fichier de priorité d'expédition, et un nouveau système d'expédition assisté par ordinateur sera mis en place au cours des quatre prochaines années.

Audiences du comité

Le ministère a fait savoir que de nouvelles ressources, y compris du personnel de formation et du personnel technique, sont prévues pour aider chaque centre d'expédition d'ambulances à respecter les normes, et qu'un nouveau système d'expédition assisté par ordinateur sera mis en place au cours des prochaines années. Dès le début de 2001, on procédera à des examens des centres intégrés d'expédition d'ambulances; les bureaux régionaux surveilleront leur rendement et feront rapport de leurs conclusions[57]. On n'a pas encore décidé de changer la gestion des expéditions; par conséquent, le ministère reste chargé du réseau d'expédition d'ambulances[58].

Le Comité a posé des questions sur l'adoption d'une seule norme de délais d'intervention pour l'expédition d'ambulances à l'échelle de la province[59]. Le ministère a expliqué que la province avait décidé que l'on traiterait des normes dans le cadre des ententes de rendement qui sont signées par les centres d'expédition et qui sont les mêmes pour tous les centres d'expédition[60]. Une seule norme sera incorporée dans chaque entente de rendement devant être mise en oeuvre au début de 2001[61].

Nouveau protocole d'expédition (2001)

En mars 2001, à la suite des audiences du Comité, le ministère a annoncé qu'un nouveau protocole d'expédition ferait partie de son nouveau Système d'ordre de priorité des patients (SOPP). Il comprend les étapes suivantes :

- la personne en détresse appelle le centre d'expédition d'ambulances;
- un répartiteur envoie une ambulance;
- un ambulancier paramédical indique par radio le niveau selon l'échelle canadienne de triage[62];
- un répartiteur examine l'écran CritiCall et envoie une ambulance à l'hôpital le plus proche pour un cas de niveau 1, ou à l'hôpital le mieux adapté et le plus proche pour un cas de niveau 2-5, en fonction de l'échelle de triage;
- un répartiteur indique l'heure estimée d'arrivée aux urgences d'un patient au niveau 1-5 de l'échelle de triage.

Recommandation du Comité

Le Comité reconnaît que le ministère a mené plusieurs initiatives afin de régler la question des délais d'intervention pour l'expédition d'ambulances : ententes de rendement avec les centres d'expédition, examen du fichier de priorité d'expédition, nouveau système d'expédition assisté par ordinateur et, récemment, Système d'ordre de priorité des patients. Les initiatives du ministère prouvent son engagement à l'égard de la résolution de ce problème; cependant, la mise en oeuvre et l'intégration dans la pratique doivent être évaluées. Ceci pourrait être intégré à l'examen des CIEA qui doit commencer au début de 2001.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit procéder à un examen des initiatives relatives au protocole d'expédition pour déterminer leur degré de réussite et prendre les mesures correctrices qui s'imposent.**

2.2.3 Réacheminement des patients et suspension des soins aux malades en phase critique

Dans les municipalités où il existe plus d'une urgence de centre hospitalier, un hôpital peut donner instruction au CIEA d'acheminer vers un autre hôpital les patients qui ne sont pas dans un état critique (réacheminement des patients) ou aviser le CIEA que l'hôpital, pour des raisons de sécurité, ne peut pas accepter d'autres patients transportés par ambulance (suspension des soins aux malades en phase critique). Le ministère a informé le vérificateur provincial qu'il n'avait pas analysé les répercussions du réacheminement des patients ou de la suspension des soins. En 1998, le groupe de travail sur les services d'urgence a indiqué que des hôpitaux demandaient le réacheminement des patients ou la suspension des soins à différents niveaux d'occupation et pour différentes raisons, et qu'il n'existait aucune norme assujettie à surveillance.

Le vérificateur provincial a recommandé que le ministère analyse les répercussions du réacheminement et de la suspension des soins sur les services d'ambulance, y compris sur les délais d'intervention auprès des patients suivants et, le cas échéant, prenne les mesures correctrices qui s'imposent. Le ministère a répondu qu'il avait remédié aux répercussions sur le service d'ambulances de Toronto au moyen d'un plan en dix points, instauré en 1999, et qu'il envisageait de mettre en oeuvre des composantes de ce plan dans d'autres régions de la province où les hôpitaux demandent fréquemment le réacheminement et la suspension des soins aux malades. Le ministère a créé un nouveau groupe de travail chargé de réexaminer le réacheminement et la suspension des soins, y compris leurs répercussions sur les services d'ambulances.

Audiences du Comité

Plan en dix points relatif aux services d'urgence (1999)

Le ministère a élaboré une stratégie de suivi des services d'urgence, qui comprenait un examen des réacheminements et de la suspension des soins, introduite en 1989, pour déterminer s'ils servaient leur but original, c'est-à-dire faire face à des événements extraordinaires (par exemple, désastre à l'intérieur de l'hôpital). Le ministère a reconnu que, au fil du temps et avec l'utilisation accrue, le réacheminement et la suspension des soins ont perdu de leur valeur comme moyens de communication rapide entre le répartiteur des ambulances et le service des urgences des hôpitaux[63].

En 1999, le ministère a donc lancé son Plan en dix points relatif aux services d'urgence, qui apportait des ressources supplémentaires au système[64]. Le ministère a expliqué les caractéristiques suivantes du plan[65,66] :

- lits disponibles sur une base intermittente (ou lits flexibles) à Toronto et dans la région du Grand Toronto (RGT) (il s'agit de lits disponibles pendant une période de quatre mois au cours de l'année, en fonction de la demande);
- lits supplémentaires à Toronto et dans la RGT et lits disponibles sur une base intermittente dans toute la province[67];
- planificateurs des congés supplémentaires, afin d'accélérer le processus;
- quatre coordonnateurs de réseau au niveau régional collaborant avec les fournisseurs de services pour résoudre les problèmes sur place[68];
- coordonnateur provincial des services d'urgence pour la gestion des questions concernant l'ensemble de la province;
- nombre supplémentaire de lits de soins de longue durée provisoires pour permettre à Toronto de libérer des places dans les services de soins actifs[69];
- aide supplémentaire pour un projet pilote afin de faire l'essai de l'utilisation d'ambulances réservées au transport entre hôpitaux des malades en phase critique et soutien supplémentaire au centre d'expédition des ambulances pour négocier les niveaux de service avec les hôpitaux[70].

Le Comité s'est renseigné sur les répercussions du plan en dix points du ministère et a suggéré que les hôpitaux de la RGT ont, selon le rapport de 2000 de l'Association des hôpitaux de l'Ontario, utilisé à une fréquence accrue le réacheminement et la suspension des soins. Le rapport de l'Association était intitulé *A Matter of Hospital Resources: An Emergency Care Action Plan*[71].

Système d'ordre de priorité des patients (2001)

Pendant les audiences, le Comité a demandé des éclaircissements sur les délais de mise en oeuvre des changements recommandés, à la suite des consultations, par le groupe de travail sur le réacheminement et la suspension des soins. En mars 2001, après les audiences, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la mise en place du Système d'ordre de priorité des patients visant à

fournir un nouveau système de communication entre les ambulances et les hôpitaux.

En avril 2001, le ministère a fourni au Comité les renseignements supplémentaires suivants à propos de ce système :

> Le 19 mars 2001, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée a annoncé la mise en place d'un nouveau Système d'ordre de priorité des patients qui contribuera à assurer que chaque patient est acheminé vers l'hôpital le plus proche et le mieux adapté. Le ministère a accepté les recommandations des spécialistes des services d'urgence relativement à l'utilisation d'un nouveau système de communication entre les ambulances et les hôpitaux.
>
> Le SOPP est un système normalisé de communication pour les ambulances, les centres d'expédition et les urgences des hôpitaux. En utilisant l'échelle canadienne de triage, les assistants médicaux, les répartiteurs des ambulances et le personnel des urgences hospitalières emploieront le même langage pour décrire les besoins des patients en urgence. L'échelle est déjà utilisée dans les salles d'urgence en Ontario. Le système de réacheminement/suspension des soins sera éliminé au fur et à mesure que les ambulanciers paramédicaux et le personnel des centres d'expédition des ambulances apprendront à utiliser le nouveau système.
>
> La formation des assistants médicaux au SOPP commencera immédiatement dans la région du Grand Toronto, le comté de Simcoe et la région de Hamilton; d'autres régions suivront au printemps et à l'été de 2001. D'ici la mi-septembre 2001, tous les ambulanciers paramédicaux ontariens connaîtront le système.

Un *communiqué de presse* du ministère, intitulé « Les recommandations des experts sur un nouveau système pour les ambulances et les hôpitaux », contient des renseignements sur le Système d'ordre de priorité des patients et énumère les avantages de ce système :

> Le réacheminement des patients et la suspension des soins aux malades en phase critique seront éliminés. En suivant l'échelle canadienne de triage, on enverra les malades en phase critique à l'hôpital le plus proche et le mieux adapté;
>
> l'amélioration du suivi des ambulances grâce aux écrans CritiCall permettra une meilleure répartition des ambulances à l'échelle du réseau;
>
> des renseignements plus précis (l'échelle canadienne de triage) sur les besoins des patients seront communiqués par le personnel s'occupant du malade avant l'hospitalisation et le personnel de l'hôpital pour améliorer le processus de décision quant au niveau de soins;

la rationalisation des communications entre ambulanciers paramédicaux, centres d'expédition des ambulances et urgences qui utiliseront tous l'échelle canadienne de triage; meilleure utilisation des ressources pour les urgences, car on disposera de plus de renseignements sur l'urgence;

les malades transportés en ambulance seront amenés à l'endroit où ils seront le mieux traités. Par exemple, lorsqu'on utilise l'échelle canadienne de triage, les malades en phase critique sont amenés à l'hôpital le plus proche. Par contre, le malade qui s'est cassé la jambe sera amené à l'hôpital le plus proche où il existe un service orthopédique[72].

Recommandation du Comité

Le Comité a examiné les répercussions de la restructuration des hôpitaux sur les services d'urgence dans la RGT, la question de la capacité et le nombre d'heures pendant lesquelles les hôpitaux de la RGT demandaient le réacheminement des patients et la suspension des soins aux malades en phase critique[73]. Le ministère a indiqué que la capacité globale du réseau a été augmentée pour répondre à la demande, bien qu'il ait reconnu une certaine confusion pendant la période de transition et l'introduction de nouveaux services et du processus de rationalisation[74]. Le ministère a confirmé qu'il résoudrait ces problèmes[75].

Outre le Système d'ordre de priorité des patients, le Comité a pris en note d'autres initiatives ministérielles comme l'engagement à fournir 4 500 lits supplémentaires pour les soins de longue durée d'ici décembre 2001[76]. Le ministère a reconnu le décalage entre la mise à la disposition de ces lits et l'agrandissement des services d'urgence[77].

Le ministère a répondu à la recommandation du vérificateur provincial d'analyser les répercussions du réacheminement et de la suspension des soins sur les services d'ambulances, y compris les délais d'intervention pour les malades suivants, après l'introduction du Système d'ordre de priorité des patients. Le Comité est d'avis que ce système soit entièrement revu pour déterminer s'il a permis de résoudre de façon satisfaisante les problèmes que l'on a connus avec le réacheminement des patients et la suspension des soins aux malades en phase critique.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire un rapport sur l'activité dans les salles d'urgence qui comprendra, sans s'y limiter, les éléments suivants :**
   - **un examen du Système d'ordre de priorité des patients à la fin de la première année d'exploitation pour déterminer si les problèmes**

connus du temps où l'on appliquait le modèle de réacheminement des patients et de suspension des soins aux malades en phase critique ont été résolus;

- **un rapport sur l'utilisation du système de réacheminement des patients/suspension des soins aux malades en phase critique pendant l'année 1999-2000 et 2000-2001 ou jusqu'au 1er décembre 2001.**

Il faudra s'assurer que le contenu du rapport sera entièrement divulgué au public, assurant ainsi transparence et responsabilité.

2.3 Priorités de l'expédition d'ambulances

Un protocole d'expédition efficace permet aux préposés aux appels et aux répartiteurs de définir rapidement les troubles ressentis par les patients, d'attribuer un code de priorité, de choisir l'ambulance qui doit intervenir et de fournir des instructions aux personnes qui appellent. Lorsque le préposé aux appels d'un CIEA reçoit un appel, il utilise un protocole d'expédition (fichier de priorité d'expédition) pour obtenir les renseignements essentiels nécessaires afin d'évaluer le degré de priorité du patient. En 2000, le ministère a mis sur pied un groupe de travail pour améliorer l'efficacité, l'efficience et la précision des résultats de ce fichier.

Le vérificateur provincial a recommandé au ministère de veiller à ce que les centres intégrés d'expédition d'ambulances évaluent correctement le degré de priorité des besoins de chaque patient. Le ministère a répondu que les nouveaux coordonnateurs de la formation relative aux expéditions d'ambulances aideraient à établir l'ordre de priorité des appels. Également, un groupe technique examine les normes du fichier de priorité d'expédition, et un nouveau système d'expédition assisté par ordinateur sera mis en place au cours des quatre prochaines années.

Audiences du Comité

Le Comité a pris en considération les observations du vérificateur dans cette partie du rapport, en conjonction avec une partie précédente intitulée Délais d'intervention pour l'expédition d'ambulances. Les initiatives du ministère ont répondu aux questions traitées dans ces deux parties.

Le ministère a en effet lancé des initiatives : nouveaux coordonnateurs de la formation pour l'expédition des ambulances, examen des normes du fichier de priorité d'expédition par le groupe de travail technique et plans à long terme pour le nouveau système d'expédition assisté par ordinateur[78]. Reste à résoudre la question de la nature des communications entre le service d'ambulances et les centres d'expédition, d'une part, et les services d'urgence, d'autre part. L'objectif consiste à fournir un tableau exact de l'activité aux urgences et à l'échelle du réseau, en établissant des priorités d'expédition d'ambulances[79].

Pour être efficace, le protocole d'expédition dépend de l'examen par le groupe technique des normes du fichier de priorité d'expédition et du nouveau système d'expédition assisté par ordinateur. Les coordonnateurs supplémentaires de la

formation relative à l'expédition d'ambulances vont aider à préciser plus finement l'ordre de priorité des appels; au moment des audiences, on mettait la dernière main au Système d'ordre de priorité des patients.

Recommandation du Comité

Le vérificateur provincial a pris note de l'importance de s'assurer que les CIEA évaluent correctement les besoins des patients pour établir les priorités. Le Comité a conclu que le ministère avait pris des mesures importantes en augmentant le nombre de coordonnateurs de la formation relative aux expéditions, en revoyant les normes du fichier de priorité d'expédition et en lançant un système d'expédition assisté par ordinateur.

Le Comité a conclu qu'il faudrait passer en revue les initiatives du ministère pour déterminer si les centres d'expédition d'ambulances suivent véritablement le protocole d'expédition.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

9. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer si les centres d'expédition d'ambulances évaluent correctement les besoins des patients et établissent le bon ordre de priorité. Cet examen doit avoir lieu un an après la mise en œuvre des initiatives du ministère.**

2.4 Surveillance du rendement

2.4.1 Examens des services – Exploitant des services d'ambulances

En 1993, le ministère a instauré un processus d'examen des activités opérationnelles et administratives des exploitants des services d'ambulances. Pour environ 60 pour 100 des visites de suivi dont le compte rendu a été examiné par le Bureau du vérificateur, les responsables ne s'étaient pas assurés que tous les problèmes décelés précédemment avaient été corrigés.

Selon la politique du ministère, si les lacunes ne sont pas comblées, on peut appeler l'unité des enquêtes du ministère et il peut s'ensuivre des mesures punitives. Or, il n'existait aucun critère établissant à quel moment il fallait renvoyer le cas d'un exploitant à l'unité des enquêtes ni dans quelles circonstances il fallait révoquer le permis d'un exploitant.
Depuis le 1er mai 2000, les règlements pris en application de la *Loi sur les ambulances* exigent que tous les exploitants des services d'ambulances se soumettent au processus d'accréditation au moins une fois tous les trois ans. Ce processus remplace le processus d'examen des services et de délivrance des permis.

Le vérificateur provincial a recommandé que le ministère s'assure que les exploitants d'ambulances se soumettent à ses exigences, par exemple, en procédant à des examens de leur accréditation sans préavis, en assurant le suivi de tous les cas où l'on a relevé des lacunes et en précisant dans quelles circonstances il est nécessaire de procéder à une enquête officielle et de révoquer un certificat.

Le ministère a répondu qu'il était en train d'instaurer un processus d'inspections effectuées au hasard, sans préavis, et qu'il remédiera aux lacunes. Dans les cas où l'on a une preuve substantielle que les exigences ne sont pas respectées, on procédera à une enquête officielle et on révoquera le certificat si l'on relève une infraction aux normes de la *Loi sur les assurances*.

Audiences du Comité

Le ministère a expliqué que les services d'ambulances sont accrédités et que la fourniture des services a été régulière dans le secteur privé et les services ambulanciers des hôpitaux. Les exploitants accrédités ont des ambulances et un équipement normalisé; ils ont aussi reçu un financement provincial pour la gestion et le maintien des services d'ambulances[80].

Inspections et accréditation des exploitants

Le processus d'accréditation sera terminé pour tous les nouveaux exploitants d'ici le 1er juin 2001. Un calendrier d'examens des exploitants permettra de s'assurer que chaque station et chaque service y ont été soumis, d'ici le 31 décembre 2002. Le ministère instaure un programme d'inspections effectuées au hasard, sans préavis[81].

Les visites de suivi sont effectuées pour chaque exploitant lorsqu'il déroge à un ou plusieurs critères d'accréditation; le fait de ne pas respecter les critères entraînera le refus de l'accréditation d'un candidat ou d'un exploitant[82]. On a créé une base de données[83].

Recommandation du Comité

Le ministère a décidé de s'assurer que les exploitants de services d'ambulances respectent ses exigences, comme celles des examens de l'accréditation. Le Comité a conclu que les examens normalisés des services, en suivant une formule prescrite, aideront à veiller au respect de la conformité aux normes des exploitants et, en cas de non-conformité, à prendre des mesures correctrices.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

10. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit surveiller le rendement opérationnel et administratif des exploitants des services d'ambulances, et ce, régulièrement, en procédant à des examens des services. Le processus de surveillance doit inclure la constitution de dossiers des cas de non-conformité et la définition des méthodes de suivi à adopter pour redresser la situation.

2.4.2 Examens des services – Centres intégrés d'expédition d'ambulances et hôpitaux principaux

Les CIEA et les hôpitaux principaux devaient faire l'objet d'un examen tous les trois ans; cependant, le vérificateur provincial a remarqué qu'ils n'étaient pas soumis à un examen régulier. Depuis janvier 2001, les règlements pris en

application de la *Loi sur les ambulances* exigent que les services de communication-d'expédition qui ne sont pas exploités par le ministère et les hôpitaux principaux signent un contrat de fourniture de services avec le ministère. On a informé le vérificateur que les CIEA exploités par le ministère seront assujettis à des exigences de rendement semblables.

Le vérificateur a recommandé que, pour qu'on s'occupe de manière efficace et cohérente des besoins des patients qui nécessitent une intervention d'urgence, le ministère soumette les centres intégrés d'expédition d'ambulances et les hôpitaux principaux à un examen et corrige rapidement toutes les lacunes décelées. En réponse, le ministère a indiqué qu'il établira des calendriers pour s'assurer que tous les examens opérationnels sont effectués dans des délais raisonnables. De plus, les centres intégrés d'expédition d'ambulances seront continuellement soumis à un examen par le biais des inspections et par les bureaux régionaux. Le ministère discute des lacunes avec les exploitants/directeurs et dresse des plans pour les combler. La mise en oeuvre des mesures correctrices sera surveillée.

Audiences du Comité

Le ministère a confirmé qu'il élaborera des calendriers pour que les examens opérationnels soient effectués dans des délais raisonnables et que l'examen des centres de communication soit effectué en 2001. Les examens des hôpitaux principaux doivent être effectués sur une période de trois ans, neuf examens étant prévus pour 2001[84].

Recommandation du Comité

Le ministère a réitéré son engagement visant à établir des calendriers d'examens opérationnels et des vérifications des CIEA et à prendre les mesures correctrices qui s'imposent. Le Comité a conclu qu'il fallait des méthodes de suivi pour s'assurer que les examens opérationnels sont effectués et les mesures correctrices prises.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

11. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit documenter les conclusions et le moment auquel sont effectués les examens opérationnels des CIEA et des hôpitaux principaux pour être sûr que les vérifications, les rapports et les mesures correctrices soient menés à bien.**

2.4.3 Plaintes

Les plaintes reçues par l'unité des enquêtes du ministère sont consignées dans un registre et confiées à un enquêteur. Le vérificateur a constaté que les enquêtes, en général, étaient menées à bien rapidement, mais que certains renseignements clés n'étaient pas consignés de manière constante dans les registres des plaintes, bien que les enquêtes soient menées en profondeur en général.

Le vérificateur provincial a recommandé que le ministère soit en mesure d'évaluer si les plaintes sont résolues de manière satisfaisante. Le ministère a indiqué que le processus d'enquête sur les plaintes reçues par un autre territoire de compétence, ou lui étant adressées, au sujet des services d'ambulances terrestres, a maintenant été élaboré et qu'il va être soumis au Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres. Des suivis seront effectués et documentés.

Audiences du Comité

Le processus d'enquête sur les plaintes a été soumis au Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres en décembre 2000. Le ministère a examiné toutes les plaintes et, en cas de non-conformité évidente de la part des services de santé d'urgence, une enquête officielle a été menée. Les plaintes et les conclusions des enquêtes doivent être examinées régulièrement avec le personnel des bureaux régionaux[85].

Recommandation du Comité

Le Comité a reconnu que les plaintes sont examinées et qu'elles font, dans certains cas, l'objet d'une enquête officielle. Il a donc conclu que le processus d'enquête doit être évalué régulièrement pour déterminer s'il est conforme aux pratiques et méthodes normales du ministère.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit effectuer des évaluations régulières du processus d'enquête sur les plaintes pour déterminer si les cas ont été correctement gérés en conformité avec les pratiques et méthodes ministérielles. Le ministère doit prendre des mesures correctrices, le cas échéant.

3. PROGRAMME D'AMBULANCES AÉRIENNES

3.1 Délais d'intervention

Les ambulances aériennes sont principalement envoyées sur les lieux par un centre intégré d'expédition d'ambulances aériennes. Au centre, le préposé aux appels décide si l'appel est une urgence et il le transfert au répartiteur voulu. Le vérificateur a noté qu'il n'y avait pas de normes de délais d'intervention ni pour le transfert de l'appel au répartiteur par le préposé aux appels ni pour le répartiteur chargé de contacter le transporteur aérien. Les exigences quant aux délais d'intervention étaient incluses dans chaque contrat avec un transporteur aérien; néanmoins, il n'y avait pas de sanction si les délais d'intervention n'étaient pas respectés.

Le vérificateur provincial a recommandé plusieurs mesures qui contribueraient à ce que les délais d'expédition et d'intervention des ambulances aériennes répondent aux besoins des patients. Le ministère devrait élaborer des normes de

délais d'intervention et d'expédition d'ambulances aériennes et en assumer le suivi; suivre et surveiller les délais d'intervention des transporteurs aériens et prendre des mesures correctrices, le cas échéant; enfin, assurer que les contrats avec les transporteurs aériens contiennent des sanctions appropriées si l'on ne respecte pas les délais d'intervention exigés.

La Direction des services de santé d'urgence oblige tous les transporteurs à dresser un rapport d'incident lorsque les délais d'intervention dépassent les exigences contractuelles. La Direction surveillera de plus près la conformité des transporteurs aériens aux exigences de délais d'intervention et examinera avec les transporteurs les modifications éventuelles aux contrats au sujet des délais d'intervention.

Audiences du Comité

La norme du ministère en ce qui concerne les délais d'intervention est de 10 minutes à partir de l'heure où une ambulance est prévenue jusqu'au moment où elle est prête à recevoir de la tour de contrôle la permission de décoller[86]. Cette norme est assujettie à d'autres facteurs et dépend du temps, de l'heure variable de départ approuvée par la tour de contrôle et du temps nécessaire pour réunir le matériel et/ou attendre le personnel médical.

Recommandation du Comité

Le Comité reconnaît l'importance de faire respecter les normes de délais d'intervention par l'intermédiaire de la Direction des services de santé d'urgence. La Direction a procédé à des améliorations, comme l'obligation de faire un rapport d'incident et les mesures de surveillance. Le Comité a conclu que les contrats doivent être surveillés et des sanctions imposées en cas de non-conformité.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

13. La Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en oeuvre un processus de rapports d'incidents qui doit comprendre des éléments comme les délais d'intervention dépassant les exigences contractuelles, les sanctions en cas de non-conformité et les mesures prises pour rectifier la situation.

3.2 Impartition des services d'ambulances aériennes

La décision de sous-traiter les services d'ambulances aériennes n'avait pas été prise au moment des audiences. Cependant, le Comité a demandé au ministère ce qui l'avait conduit à envisager l'impartition de ces services, étant donné l'inquiétude de la part de certains membres de voir les niveaux de services baisser, faisant courir un risque aux patients[87]. Le ministère a souligné que l'utilisation d'ambulances aériennes du secteur privé est une pratique de longue date et que l'expansion possible de ces services toucherait environ 36 employés

du secteur public et 3 membres du personnel administratif[88]. Selon un autre scénario, la province pourrait privatiser 45 postes sur un total de 220.

L'évaluation des soumissions par le ministère devait avoir lieu en février 2001, après quoi la documentation serait envoyée au Conseil de gestion qui prendrait la décision finale[89]. Le ministère a indiqué que sa décision reposerait sur plusieurs facteurs, notamment le coût global, la prestation des services et l'efficacité opérationnelle[90]. Les exploitants du secteur privé ont fourni des services d'ambulances aériennes ces dernières années, et le ministère a jugé excellent le niveau de service dans le cadre de ces contrats[91].

3.2.1 Demandes de propositions pour les services d'ambulances aériennes (2000)

Le Comité a examiné deux demandes de propositions du ministère pour des services d'ambulances aériennes, à savoir Critical Care Transport-Rotary Wing/RFP n° 2000-36 (transport des malades en phase critique – voilure tournante) et Critical Care Transport-Fixed Wing/RFP n° 2000-39 (transport des malades en phase critique – voilure fixe), toutes les deux en date du 10 octobre 2000. Le ministère a demandé aux soumissionnaires de répondre à deux options : la fourniture des services avec du personnel paramédical/équipage d'aéronef et sans personnel paramédical[92].

Réduction des tarifs

Le Comité voulait être assuré que les exploitants du secteur privé fourniraient le personnel paramédical nécessaire pour les ambulances aériennes. En cause ici la question de savoir si les fournisseurs du secteur privé pouvaient exploiter leurs services sans un personnel médical complet, à condition de payer une pénalité[93]. Le Comité a examiné la section intitulée « Ambulanciers paramédicaux de niveau spécialisé « air », annexe « P » de la demande de proposition n° 2000-39, qui fait référence au personnel ambulancier paramédical de niveau spécialisé et aux réductions de personnel paramédical.

Le ministère a confirmé qu'il ne permettrait pas qu'un patient soit transporté à bord d'une ambulance aérienne sans être sûr qu'il recevra les soins appropriés[94]. Le ministère est responsable de l'expédition des ambulances aériennes, et il a confirmé que les pratiques actuelles de dotation en personnel ne seraient pas modifiées.

Dans certaines circonstances seulement, une ambulance aérienne pourrait s'envoler avec un seul ambulancier paramédical à bord, à savoir :

- si l'hôpital estime qu'il est acceptable sur le plan médical d'envoyer un seul ambulancier paramédical; ou
- si l'ambulancier paramédical est accompagné d'une équipe de transport néonatal; ou
- si l'ambulancier est accompagné d'une équipe médicale comprenant un médecin et une infirmière ou un spécialiste des troubles respiratoires.

Les ambulances aériennes peuvent voler sans ambulanciers paramédicaux uniquement pour le transport d'urgence de sang ou d'organes et de tissus humains.

En conclusion, le Comité entend que toute disposition visant une réduction de tarif dans un contrat avec un fournisseur de services ne peut s'appliquer qu'à des circonstances où il n'est pas obligatoire d'avoir du personnel médical à bord.

Recommandation du Comité

Le Comité a conclu que les contrats du ministère avec les fournisseurs de services doivent établir des exigences fondamentales en matière de personnel médical pour les ambulances aériennes qui transportent un malade.

Par conséquent, le Comité recommande ce qui suit :

14. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer que les contrats avec des exploitants d'ambulances aériennes stipulent qu'il doit y avoir à bord le personnel médical essentiel lorsqu'on transporte un malade.

4. LISTE DES RECOMMANDATIONS

1. **L'évaluation par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée du remaniement des services d'ambulances terrestres doit inclure des sujets comme le maintien des normes et l'impact financier pour les municipalités et la province, et doit déterminer si cette initiative aboutit à des services continus, accessibles, responsables, intégrés et sensibles. Le Comité doit recevoir une copie de cette évaluation.**

2. **En même temps que l'évaluation de l'impact (juillet 2001), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit traiter toutes les questions en suspens et fixer un calendrier pour les mesures correctrices et les besoins en matière de ressources.**

3. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit établir des normes provinciales régissant les pratiques et méthodes d'expédition pour assurer des services d'ambulances terrestres continus au sein des municipalités et d'une municipalité à l'autre. De plus, il faut établir des normes provinciales régissant la mise en œuvre de ces méthodes et une formule de partage des coûts des services de santé d'urgence pour les situations mettant en cause deux ou plusieurs municipalités.**

4. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer les coûts immédiats et à longue échéance qu'encourront les municipalités pour fournir des services de santé d'urgence, et veiller à ce que le financement provincial soit raisonnable et équitable. Les calculs du ministère sur les coûts globaux et le financement provincial doivent être**

soumis au greffier du Comité permanent des comptes publics d'ici le 1er septembre 2001.

5. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit rendre compte au Comité permanent des comptes publics de ses délibérations portant sur les normes municipales de délais d'intervention d'ici le 1er septembre 2001, après avoir étudié le rapport du sous-comité du Comité directeur de mise en oeuvre du transfert des services d'ambulances terrestres sur la prestation des services d'ambulances terrestres. Le rapport du ministère doit fournir un sommaire des plans des municipalités pour observer les normes, accompagné d'un décompte des coûts partagés.**

6. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit assurer la conformité aux normes municipales de délais d'intervention pour tous les territoires de compétence de la province. Les résultats de la surveillance doivent être évalués, et on doit en faire rapport régulièrement, assurant ainsi la divulgation publique et répondant à la nécessité de transparence et de responsabilité. Des mesures correctrices doivent être prises immédiatement en cas de non-conformité.**

7. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit procéder à un examen des initiatives relatives au protocole d'expédition pour déterminer leur degré de réussite et prendre les mesures correctrices qui s'imposent.**

8. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire un rapport sur l'activité dans les salles d'urgence qui comprendra, sans s'y limiter, les éléments suivants :**
   - **un examen du Système d'ordre de priorité des patients à la fin de la première année d'exploitation pour déterminer si les problèmes connus du temps où l'on appliquait le modèle de réacheminement des patients et de suspension des soins aux malades en phase critique ont été résolus;**
   - **un rapport sur l'utilisation du système de réacheminement des patients/suspension des soins aux malades en phase critique pendant l'année 1999-2000 et 2000-2001 ou jusqu'au 1er décembre 2001.**

   Il faudra s'assurer que le contenu du rapport sera entièrement divulgué au public, assurant ainsi transparence et responsabilité.

9. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit déterminer si les centres d'expédition d'ambulances évaluent correctement les besoins des patients et établissent le bon ordre de priorité. Cet examen doit avoir lieu un an après la mise en œuvre des initiatives du ministère.**

10. **Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit surveiller le rendement opérationnel et administratif des exploitants des services d'ambulances, et ce, régulièrement, en procédant à des examens des**

services. Le processus de surveillance doit inclure la constitution de dossiers des cas de non-conformité et la définition des méthodes de suivi à adopter pour redresser la situation.

11. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit documenter les conclusions et le moment auquel sont effectués les examens opérationnels des CIEA et des hôpitaux principaux pour être sûr que les vérifications, les rapports et les mesures correctrices soient menés à bien.

12. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit effectuer des évaluations régulières du processus d'enquête sur les plaintes pour déterminer si les cas ont été correctement gérés en conformité avec les pratiques et méthodes ministérielles. Le ministère doit prendre des mesures correctrices, le cas échéant.

13. La Direction des services de santé d'urgence du ministère de la Santé et des Soins de longue durée a mis en oeuvre un processus de rapports d'incidents qui doit comprendre des éléments comme les délais d'intervention dépassant les exigences contractuelles, les sanctions en cas de non-conformité et les mesures prises pour rectifier la situation.

14. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit s'assurer que les contrats avec des exploitants d'ambulances aériennes stipulent qu'il doit y avoir à bord le personnel médical essentiel lorsqu'on transporte un malade.

NOTES

[1] Le présent rapport du Comité est fondé sur le Rapport spécial (2000) du vérificateur provincial de l'Ontario à l'Assemblée législative intitulé *Obligation de rendre compte et optimisation des ressources*, et sur les audiences du Comité publiées (en anglais) dans le *Hansard*, qui se sont tenues les 14 décembre 2000 et 21 février 2001 à Queen's Park, Toronto.
[2] Ontario, Bureau du vérificateur provincial, Rapport spécial (2000) intitulé *Obligation de rendre compte et optimisation des ressources* (Toronto : Bureau du vérificateur provincial, novembre 2000), p. 186.
[3] Voir le résumé du Rapport du vérificateur provincial sur les services de santé d'urgence dans le même rapport, p. 11.
[4] Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Official Report of Debates (Hansard)*, 1re Session, 37e Parlement (14 décembre 2000 et 21 février 2001) : 321.
[5] Ibid., p. 333.
[6] Ibid., p. 321.
[7] Ibid., p. 325.
[8] Ibid., p. 322.
[9] Ibid.
[10] Ibid.
[11] Ibid., p. 348.
[12] Ibid., p. 322.
[13] Ibid., p. 328.
[14] Ibid.
[15] Ibid., p. 321.
[16] Ibid., p. 336.
[17] Ibid., p. 350.
[18] Ibid., p. 344 et 337.
[19] Ibid., p. 337.
[20] Ibid..
[21] Ibid., p. 330.
[22] Ibid., p. 326.
[23] Ibid., p. 350.
[24] Ibid., p. 336.
[25] Ibid., p. 354.
[26] Ibid.
[27] Ibid., p. 324.
[28] Ibid., p. 337 et 351.
[29] Ibid., p. 322 et 350.
[30] Ibid., p. 336.
[31] Ibid.
[32] Ibid., p. 337.
[33] Ibid., p. 354.
[34] Ibid., p. 324.
[35] Ibid., p. 347.
[36] Ibid., p. 322.
[37] Ibid., p. 325.
[38] Ibid., p. 324.
[39] Ibid., p. 348.
[40] Ibid., p. 351.
[41] Ibid., p. 329.
[42] Ibid., p. 330 et 337.
[43] Ibid., p. 332.
[44] Ibid., p. 330.
[45] Ibid., p. 344.
[46] Ibid., p. 337.
[47] Ibid., p. 329.
[48] Ibid., p. 337.
[49] Ibid., p. 328 et 329.

[50] Ibid., p. 327 et 328.
[51] Ibid., p. 329.
[52] Ibid., p. 337.
[53] Ibid.
[54] Ibid., p. 331.
[55] Ibid., p. 337.
[56] Ibid., p. 322 et 323.
[57] Ibid., p. 323.
[58] Ibid., p. 326.
[59] Ibid.
[60] Ibid.
[61] Ibid., p. 323 et 326.
[62] L'échelle canadienne de triage est un outil normalisé servant à établir l'ordre de priorité des patients en urgence utilisée dans les services d'urgence hospitaliers pour que les décisions relatives aux soins des patients en urgence soient correctement communiquées et que les services d'urgence soient utilisés efficacement. Ce système se compose de cinq niveaux de classification, le niveau 1 pour les cas les plus graves et le niveau 5, pour les moins graves. Le type et le niveau de soins d'urgence que reçoivent les patients en urgence sont déterminés à la fois par leur état de santé et par l'évaluation sur place de leurs besoins médicaux par des fournisseurs de services d'urgence formés dans ce domaine.
[63] Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Hansard*, p. 356.
[64] Ibid., p. 357.
[65] Ibid., p. 356.
[66] Ibid., p. 355.
[67] Ibid.
[68] Ibid.
[69] Ibid.
[70] Ibid., p. 355 et 356.
[71] Ibid., p. 355.
[72] Ontario, Ministère de la Santé et des Soins de longue durée, « Les recommandations des experts sur un nouveau système pour les ambulances et les hôpitaux », *communiqué de presse du gouvernement de l'Ontario*, le 19 mars 2001, site Internet à http://www.newswire.ca/government/ontario/french/releases/March2001/19/c4882.html, accès le 29 juin 2001.
[73] Ontario, Assemblée législative, Comité permanent des comptes publics, *Official Report*, p. 357 et 358.
[74] Ibid., p. 358.
[75] Ibid., p. 359.
[76] Ibid., p. 358.
[77] Ibid.
[78] Ibid., p. 322 et 323.
[79] Ibid., p. 356.
[80] Ibid., p. 344.
[81] Ibid., p. 323.
[82] Ibid.
[83] Ibid., p. 322.
[84] Ibid., p. 323.
[85] Ibid., p. 323 et 324.
[86] Ibid., p. 327.
[87] Ibid., p. 344 et 348.
[88] Ibid., p. 352.
[89] Ibid., p. 338.
[90] Ibid.
[91] Ibid., p. 348.
[92] Ibid., p. 338.
[93] Ibid., p. 342 et 348.
[94] Ibid., p. 339.